

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**MANEJO EMOCIONAL EN PACIENTES CON PROBLEMAS  
EMOCIONALES, A TRAVÉS DE LA TERAPIA COGNITIVA  
CONDUCTUAL CON ASIMILACIÓN INTEGRATIVA**

**Por  
PSIC. OTNIEL ALEXANDER VÁSQUEZ**

**Tesis presentada en cumplimiento  
de los requisitos exigidos  
para optar por el grado de  
Magister en Psicología Clínica**

**PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ**

**2019**

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a Dios y Mi Familia.

A mi Madre Margarita Vásquez y a mi Tía Sérbula  
Vásquez por su apoyo y cariño en toda mi formación.

A Melanie Clarence por su cariño y ayuda incondicional.

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios y María Santísima por todo su amor y enseñanzas.

A mi Familia, especialmente a mi madre y mi tía por su entrega y apoyo en mi formación académica y de vida.

A Melanie Clarence, la compañera en mis luchas y sueños.

A los sacerdotes de la Basílica menor Don Bosco quienes me habilitaron el espacio para la ejecución del programa de intervención.

A todos mis amigos y compañeros que me han ayudado en el proyecto.

A los profesores Ricardo B. Turner y Régulo Sandoya por su orientación académica y apoyo en este trabajo.

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN/SUMMARY	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	18
1. Aspectos conceptuales de la emoción	19
2. Componentes fisiológicos de las emociones	30
a. El sistema nervioso autónomo y la emoción.	30
b. El sistema límbico e hipotálamo, gestores de la conducta y las emociones.	33
3. Fundamentación psicológica de las emociones	37
4. Aspectos teóricos sobre los problemas emocionales	46
5. Problemas emocionales y su repercusión en la sociedad	58
6. El manejo emocional y su función en el comportamiento	61
7. Reflexión teórica sobre la integración de los modelos terapéuticos	63
a. La terapia cognitivo conductual como modelo base para la atención integral de pacientes con problemas emocionales.	68
i. <i>Terapia Racional Emotiva Conductual.</i>	69
ii. <i>Terapia Cognitiva.</i>	76

iii. <i>Algunos aspectos teóricos y técnicos de la asimilación integrativa basada en la TCC utilizada en el estudio.</i>	78
--	----

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	83
1. Planteamiento del problema	84
2. Objetivos	87
a. Objetivo general.	87
b. Objetivos específicos.	87
3. Hipótesis de investigación	88
4. Hipótesis estadísticas	89
5. Tipo de estudio	92
6. Identificación de las variables	92
a. Variable independiente.	92
b. Variables dependientes.	92
7. Definición conceptual de la variable	92
a. Variable independiente.	92
b. Variables dependientes.	93
8. Definición operacional de las variables	94
a. Variable independiente.	94
b. Variable dependiente.	94
9. Diseño de investigación	95
10. Población y selección de la muestra	95

a. Delimitación de la unidad de análisis.	95
b. Criterio de inclusión.	95
c. Requisitos de mantenimiento	96
d. Selección de la muestra	96
11. Estadístico de estudio	96
12. Recolección de los datos: Instrumentos	96
a. El Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II).	96
b. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE).	97
c. Inventario de síntomas SCL-90-R.	98
<i>i. Dimensiones de síntomas.</i>	99
d. Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT).	101
<i>i. Sus puntuaciones en contexto.</i>	102
<i>ii. Las preguntas del MSCEIT.</i>	102
<i>iii. Estructura del MSCEIT.</i>	103
<i>iv. Puntuaciones de las tareas.</i>	103
13. Programa sobre el manejo de las emociones a través de la terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa en pacientes con problemas emocionales.	105
 CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN	 125
1. Datos de la muestra total.	127

2. Datos sociodemográficos de la muestra total.	128
3. Resultado de la batería de pruebas de los pacientes que culminaron el programa.	131
4. Resultados estadísticos.	142
a. Discusión y análisis general de los resultados.	149
 CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	155
 BIBLIOGRAFÍA	167
 ANEXOS	173

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Esquema de sesiones.	105
Tabla 1. Esquema general de sesiones.	105
Tabla 2. Esquema de intervención.	106
Tabla 4. Motivo de Consulta de los pacientes que culminaron el programa de manejo emocional basado en la TCC con asimilación integrativa.	131
Tabla 5. Diagnóstico de los pacientes evaluados que culminaron el programa de manejo emocional basado en la TCC con asimilación integrativa.	132
Tabla 6. Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II).	142
Tabla 7. Inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE) – Estado.	143
Tabla 8. Inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE) – Rasgo.	145
Tabla 9. SCL-90-R Índice de severidad global.	146
Tabla 10. MSCEIT - Manejo emocional.	148



## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Total de pacientes atendidos dentro del programa para el manejo emocional basado en la TCC con asimilación integrativa	127
Gráfica 2. Distribución de la muestra, según rango de edad	128
Gráfica 3. Distribución de la muestra, según nivel educativo	128
Gráfica 4. Distribución de la muestra, según estado civil	129
Gráfica 5. Distribución de muestra por tipo de ocupación	129
Gráfica 6. Distribución de la muestra, según distrito de residencia	130
Gráfica 7. Inventario de depresión de Beck-II	133
Gráfica 8. Inventario de ansiedad – Estado	134
Gráfica 9. Inventario de ansiedad – Rasgo	134
Gráfica 10. Índice de severidad global del SCL-90-R	135
Gráfica 11. Dimensión de manejo emocional del MSCEIT	136
Gráfica 12. Distribución de las puntuaciones del pre-test y post-test del BDI-II, según sujeto	137
Gráfica 13. Distribución de las puntuaciones del pre-test y post-test del IDARE- Estado, según sujeto	138

Gráfica 14. Distribución de las puntuaciones del pre-test y post-test del IDARE-	
Rasgo, según sujeto	139
Gráfica 15. Distribución de las puntuaciones del pre-test y post-test del SCL-	
90-R, según sujeto	140
Gráfica 16. Distribución de las puntuaciones del post-test del MSCEIT-Manejo	
Emocional, según sujeto	141

## **ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN**

ILUSTRACIÓN 1: Modelo Integrativo de la depresión.	112
--	-----

## ABREVIATURAS

A-ESTADO	Ansiedad estado
ANS	Ansiedad
A-RASGO	Ansiedad Rasgo
ATP	Trifosfato de adenosina
BDI-II	Inventario de depresión de Beck -II
CI	Coefficiente intelectual
CIE-10	Clasificación internacional de enfermedades, 10. <sup>a</sup> edición
DEP	Depresión
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5 <sup>a</sup> edición
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4 <sup>a</sup> edición, texto revisado.
EMDR	Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimiento Ocular
FOB	Ansiedad Fóbica
HAD	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
HOS	Hostilidad
IDARE	Inventario de ansiedad rasgo- estado
IGS	Índice de severidad global
MSCEIT	Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso
OBS	Obsesiones y Compulsiones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
PAR	Ideación Paranoide
PSDI	Índice Positivo de Malestar
PSIC	Psicoticismo
RMP	Relajación muscular progresiva
SCL-90-R	Inventario de síntomas-90-Revisado
SI	Sensitividad Interpersonal
SNA	Sistema nervioso autónomo
SNC	Sistema nervioso central

SOM	Somatizaciones
SUD	Escala Subjetiva de Perturbación
TC	Terapia cognitiva
TCC	Terapia cognitivo conductual
TOC	Trastorno obsesivo-compulsivo
TP	Total de Síntomas Positivos
TREC	Terapia racional emotiva conductual

## RESUMEN

Este trabajo consistió en un programa de intervención psicológica a través de la Terapia Cognitiva Conductual con asimilación integrativa para el manejo de las emociones, buscando ver su efecto en personas con problemas emocionales. Se organizó en 12 sesiones y se utilizó intervenciones y técnicas de diversos modelos psicoterapéuticos, tomando como base el modelo cognitivo conductual. El tipo de estudio es explicativo, con un diseño cuasiexperimental y un muestreo no probabilístico con sujetos voluntarios. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, el Cuestionario de Malestar Sintomático SCL-90-R y el Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso como indicadores de la eficacia del programa y, como componente agregado, se elaboró un blog con documentación del tratamiento que sirvió para registrar el progreso de los pacientes sesión a sesión, además de servir como fuente de documentación para la formación de los pacientes. A través de los resultados se pudo constatar que los pacientes antes de iniciar el programa mostraban aptitudes para el manejo emocional, no obstante, existían síntomas que generaban problemas emocionales que les imposibilitaban afrontar situaciones estresantes. El programa no mejoró de manera significativa el manejo emocional, sin embargo, ayudó a los pacientes a utilizar las habilidades no practicadas en la experiencia para manejar sus emociones, reduciendo los problemas emocionales. Hubo una disminución estadísticamente significativa en los problemas emocionales relacionados con la depresión, la ansiedad y el malestar psicológico general.

This work consisted of a program of psychological intervention through cognitive behavioral therapy with integrative assimilation for the management of emotions, seeking the effect in people with emotional problems. It was organized in 12 sessions and the cognitive behavioral model became a basis. The type of study is explanatory, with a quasi-experimental design and a non-probabilistic sampling with voluntary subjects. The Beck-II Depression Inventory, the Trait-State Anxiety Inventory, the SCL-90-R Symptomatic Discomfort Questionnaire, and the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test were applied as indicators of program success and as an added component. , a blog was prepared with the documentation of the treatment that served to record the progress of the patients' session, in addition to serving as a source of documentation for the training of the patients. Through the results it was possible to confirm that the patients before starting the program will use the aptitudes for the emotional management, however, there will be the symptoms that will generate emotional problems that prevent facing stressful situations. The program did not significantly improve emotional management, however, it helped patients to use the skills not practiced in the experience to manage their emotions, reducing emotional problems. There was a statistically significant decrease in the problems related to depression, anxiety and general psychological distress.

# **INTRODUCCIÓN**

## INTRODUCCIÓN

El estudio de las emociones y sus implicaciones en el entorno social ha sido objeto de investigación para muchos, dentro de las ciencias sociales y la salud mental. El manejo de las emociones a nivel sociocultural ha tenido gran influencia no solo en el área personal, sino también a nivel empresarial, en organizaciones políticas y gubernamentales, ejerciendo un potencial relativamente oculto en la toma de decisiones y la estructuración social. La emoción es una característica propia del ser humano perteneciente a la esfera afectiva, la cual se integra con todos sus componentes a la esfera cognitiva y conductual, sin embargo, su estudio objetivo durante los últimos años ha necesitado la integración de los componentes relacionales del ser humano para entender su dinámica. Si profundizamos en su conceptualización nos daremos cuenta del enorme potencial que ejerce el manejo de los afectos en la interacción social, estableciendo sistemas de comportamiento que podemos clasificar a nivel conductual a través de criterios que nos ayudan a organizar la existencia o no de patologías. Por esto, el estudio busca abordar los problemas emocionales por medio de la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa para lograr un conocimiento que nos sirva en otras poblaciones con este tipo de características, previniendo eventos que lleven una connotación de riesgo en otras áreas de relación social. Podríamos pensar que las características emocionales de una población no son de relevancia para el establecimiento de un plan de prevención de conflictos sociales, posiblemente por la poca educación sobre el mismo tema en los diversos niveles educativos. Resulta que a medida que mejoramos el manejo emocional podemos afrontar de mejor manera los conflictos relacionados con situaciones dentro de la interacción social. Acontecimientos como la enfermedad, la muerte de un ser querido u otras situaciones con



impacto significativo en las emociones pueden ser afrontados de mejor manera con la práctica de técnicas relacionadas con el manejo emocional.

Los problemas emocionales se manifiestan en síntomas como ansiedad, depresión, angustia, manías, compulsiones, obsesiones o fobias, como resultado del deterioro de la unidad básica social (la familia), la poca instrucción escolar y la falta de programas para el fortalecimiento del manejo interpersonal. El hecho de que los estamentos encargados de la organización misma de la sociedad en nuestro país promuevan de manera más notable los aspectos intelectuales y económicos en la instrucción educativa no ha garantizado el desarrollo integral del individuo. Podemos ver en nuestra sociedad personas con graves afectaciones emocionales que son vinculantes con actos como la drogadicción, la delincuencia, la deserción escolar, el embarazo precoz, las violaciones, la violencia en sus diferentes niveles, entre otros. Por supuesto, hay que reconocer que no solo los problemas de carácter afectivo son los precipitantes de estas problemáticas, no obstante, el manejo de las emociones puede llegar a ser una herramienta eficaz para afrontar de mejor manera los conflictos situacionales que podemos experimentar. Goleman sostiene que:

“Cualquier concepción de la naturaleza humana que soslaye el poder de las emociones pecará de una lamentable miopía. De hecho, a la luz de las recientes pruebas que nos ofrece la ciencia sobre el papel desempeñado por las emociones en nuestra vida, hasta el mismo término *homo sapiens*... resulta un tanto equívoco... Hemos sobrevalorado la importancia de los aspectos puramente racionales (de todo lo que mide el CI) para la existencia humana pero, para bien o para mal, en aquellos momentos en que nos vemos arrastrados por las emociones, nuestra inteligencia se

ve francamente desbordada”. (Goleman, 2004, p.14).

Este estudio da una alternativa de mejoramiento en el manejo emocional, facilitando un programa de intervención psicológica basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa. Las implicaciones prácticas que esta intervención aporta no sólo beneficiarán el área que directamente se va a abordar, también busca indirectamente dar técnicas para el desarrollo interpersonal, la convivencia familiar y el desempeño laboral. La utilización de las nuevas tecnologías facilitan la intervención, pues acorta de gran manera la disponibilidad de recursos, tanto para los pacientes, como para el psicólogo encargado de la ejecución del programa, dotando de nuevas herramientas para la recolección de datos y la disposición de documentos.

El manejo emocional es la aptitud y la capacidad de generar estrategias eficaces dirigidas a utilizar las emociones de forma que ayuden a la consecución de las propias metas, en lugar de verse influenciado por las propias emociones de forma imprevisible (Mayover, Salovey y Caruso, 2016). Con este estudio buscamos corresponder e incrementar el conocimiento que se tiene sobre este concepto y el abordaje mismo de los problemas emocionales, teniendo en cuenta la integración de los aspectos concernientes al comportamiento humano. Es imprescindible conocer que una de las características principales de este estudio es generar conocimiento sobre el tema y dar respuesta a la necesidad que se tiene de una mejor educación emocional.

Es conveniente precisar qué tipo de integración hemos de realizar para intervenir en una población con conflictos emocionales. Podemos tomar el abordaje ecléctico o la integración teórica, sin embargo, debido a su complejidad para desarrollar una consistencia

práctica adecuada, hemos decidido optar por la asimilación integrativa como forma de integración, tomando un modelo base como guía. En este caso el Modelo Cognitivo Conductual.

Arguyendo todo lo que hemos destacado sobre la relevancia del estudio integral del manejo emocional y los problemas emocionales, hemos de señalar que el conocimiento recabado beneficiará también al establecimiento de la información basada en nuestro contexto social, esperando así ser tomada en cuenta para la elaboración de instrumentos de medición que puedan también contextualizar la información y dar sustento a la base reflexiva de las emociones en el individuo.

Antes de iniciar el primer capítulo, presentamos algunos antecedentes relacionados con intervenciones integrativas, en donde destacamos sus objetivos, modelos, procedimientos de intervención y conclusiones, para el entendimiento previo del funcionamiento de una intervención integrativa.

En el primer capítulo se desarrolla el marco teórico del estudio donde se profundiza sobre las emociones, el manejo emocional, los problemas emocionales, los diversos tipos de integración, los modelos relacionados al estudio y la terapia cognitiva conductual.

El segundo capítulo, plasma la metodología que guía la ejecución del estudio.

El tercer capítulo, nos muestra los resultados y la discusión de éstos.

En el cuarto capítulo presentamos las conclusiones del estudio y las recomendaciones para estudios y programas posteriores.

Por último, podremos encontrar la Bibliografía que sustentó el marco teórico del estudio y los Anexos donde se presentan algunos documentos relacionados con el programa.

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO TEÓRICO**

## **1. Aspectos conceptuales de la emoción**

El concepto de la *Emoción* ha sido usado en diversas áreas del entorno social para ejemplificar comportamientos. Este concepto puede ser tomado como referencia para describir el trasfondo afectivo que se deja entrever a través de las respuestas conductuales de las personas, cuando éstas interactúan con situaciones cotidianas. No obstante, al momento de profundizar sus aspectos teóricos es notable su relevancia en la dinámica del comportamiento, pues ejerce significativa influencia en la toma de decisiones de cualquier individuo.

Muchos autores se han tomado la tarea de desarrollar los fundamentos conceptuales de la emoción en relación con todos los elementos que la rodean. Algunos indicios sobre la relevancia en el conocimiento humano de este concepto se dan a mediados del siglo IV a.C., época de los grandes filósofos griegos. Uno de los primeros en hablar de la influencia de las emociones fue Aristóteles, quien sostenía que todos los elementos emocionales que residen en el discurso del orador y en las personas que reciben el mensaje escapan de un control lógico. Reconocía que los estados afectivos ejercían un vínculo entre el orador y los oyentes, que a su vez producían otros estados emocionales en la interacción, constituyendo así una visión matizada de las emociones. Aristóteles (402 a.C./2015) en su obra *Acerca del Alma*, veía que, en la prioridad de los actos, existía una dificultad al investigarlos, pues para esto habría que abordar los objetos antes que los actos, lo sensible antes que la facultad sensitiva y lo inteligible antes que el intelecto. Argüía que la razón daba sentido a la esencia de los actos y que era necesario conocer las afectaciones del alma, más no era una tarea fácil. En ocasiones la razón era influenciada por las pasiones, dando

un margen de ambigüedad a la visión que el hombre tenía del mundo, pues sus reacciones se fundamentaban en los afectos percibidos. Aristóteles marca la atención a estas influencias, que en su medida estudió, para comprender la naturaleza del ser humano. Sus escritos no estaban directamente basados en el conocimiento sobre las emociones, sin embargo, dentro de sus obras manifestaba lo relevante de las pasiones o estados afectivos en la interacción que el hombre de su época tenía con su mundo.

Si bien es cierto, la emoción, en su compleja conceptualización a lo largo del tiempo, se ha desarrollado en diversas áreas del pensamiento científico, incluso espiritual, lo que nos propone un alcance empírico y subjetivo que da riqueza a la argumentación teórica del concepto. Entre los grandes filósofos de la edad media que desarrollaban cuestiones sobre la razón y las emociones se destaca Aquino (1485), quien reformula el análisis de la mente y la conducta humana, utilizando una base teológica, sin desvincular la objetividad dentro de sus escritos, elevando el contenido de la experiencia humana. Para Aquino, el ser humano es una unidad de cuerpo y alma, es decir hay una estrecha relación entre su mente y su cuerpo que dan completitud a su existencia. Aquino postulaba que sin el alma el cuerpo no vive ni puede ser humano, y sin ese cuerpo la mente no puede tener sus potencias. Él manifestaba que la razón y la voluntad son las potencias superiores del ser humano que constituyen la capacidad para conocer su realidad y conducirse en medio de ella. Por medio de estas potencias, el individuo puede desarrollar la facultad de conocerse a sí mismo, a los demás y al mundo que lo rodea, fundamentando la base racional de la libertad humana. Distinguía que los sentidos eran potencias cognoscitivas que permiten el contacto con la realidad material y lo dividía en dos clases: los sentidos externos (tacto, gusto, olfato, oído y vista), que son los encargados de recibir estímulos de

la realidad material y los sentidos internos (sensorio, común, imaginación, cogitativa o estimativa y memoria), que nos ayudan a procesar esta realidad. Actualmente, se reconoce dentro de los procesos cognitivos la memoria y la imaginación. Aquino argumentaba que el apetito sensitivo ayuda a efectuar el juicio de la razón, dando a entender que las pasiones no eran directamente factores perturbadores de la libertad humana, sino que lo propio de las emociones es seguir el juicio de la razón, determinando la libertad de la voluntad en cuanto a la realización de alguna conducta. Las pasiones son guías de elección para facilitar una conducta, pues es subordinada a la razón. Es importante el aporte de este filósofo y teólogo, ya que nos da ciertas bases para entender la interacción de los procesos del pensamiento y las emociones. Es notable que, las pasiones puedan llegar a ser subversivos al juicio racional, lo que significaría una perturbación en la conducta. Por eso, la importancia de la formación del carácter para disminuir el poder de las emociones en el juicio racional y darles a ellas más bien una función de potenciador de la conducta.

Dentro de la filosofía moderna, que contribuye al entendimiento del concepto de la emoción, se destaca el filósofo Descartes (1649). Nos introduce el entendimiento afectivo a través de lo que él llamaba *Pasiones del Alma* y las definía como “percepciones o emociones... que se refieren particularmente a ella, y que son causadas, mantenidas y fortalecidas por algún movimiento de los espíritus” (Descartes, 1649, p. 90). Este postulado, hace referencia a las manifestaciones emocionales, las cuales, según Descartes, tienen un componente espiritual y se habitúan con la frecuencia de la conducta. Este tránsito de las ideas desde puro origen subjetivo hasta la búsqueda del conocimiento objetivo trae consigo fricciones en algunos argumentos teóricos desarrollados en la historia. Descartes, estuvo en contra de algunos postulados de Tomás de Aquino. Él



manifestaba que había que distinguir entre el alma y el cuerpo para determinar cuál era la correspondencia de cada uno en la conducta. Según Descartes, el hambre, la sed, el dolor son propios del cuerpo y los pensamientos pertenecen al alma. Selles (2010) reflexiona sobre los aportes de Descartes y afirmando que “las pasiones no son ni percepciones ni pensamientos, pues tanto las percepciones como los pensamientos son actos, operaciones inmanentes distintas de las pasiones” (p. 36). Descartes manifiesta que hay seis pasiones (emociones), a las que denominó primarias: la admiración, el amor, el odio, el deseo o apetito, el gozo y la tristeza; cada una de éstas podía generar otro tipo de emociones a las que denominaría derivadas o compuestas. Para Descartes (1649) “nuestro bien y nuestro mal depende principalmente de las emociones internas, que sólo la propia alma se provoca a sí misma; en lo cual difieren de estas pasiones que dependen siempre de algún movimiento de los espíritus” (p. 210). En este sentido, podemos vislumbrar ya en la filosofía moderna una aproximación a los procesos cognitivos, en donde se adjudica la influencia del pensamiento en las manifestaciones emocionales, teniendo allí la génesis de las perturbaciones.

Ya en el siglo XVII, el filósofo racionalista Spinoza (1677/1980) en su libro *Ethica*, da algunos argumentos sobre los afectos, las pasiones y otros aspectos que dan apertura al concepto de la emoción, determinando su naturaleza en función al cuerpo, las ideas y las acciones. En sus palabras, con relación a las emociones, Spinoza (1677/1980) decía que:

“Las afectaciones del cuerpo, por las cuales aumenta o disminuye, es favorecida o perjudicada, la potencia de obrar de ese mismo cuerpo, y entiendo, al mismo tiempo, las ideas de esas afectaciones... así pues, si podemos ser causa

adecuada de alguna de esas afectaciones, entonces entiendo por <<afecto>> una acción; en los otros casos, una pasión”. (p. 124)

Es extraordinario encontrar que ya para esta época el hombre empieza a aproximarse a la dinámica del comportamiento, segmentando los componentes del afecto y entendiendo que las emociones tienen movimiento, influencia y consecuencia. Spinoza (1677/1980), manifiesto que el afecto es algo del cuerpo y las ideas de ese algo, pues el afecto es una acción o una pasión dependiendo si somos causa de una afección o si la recibimos. Reconoce la dualidad de estos componentes en el comportamiento y que ya no es el alma sino las ideas.

Muchos otros filósofos de la edad moderna plasmaron ciertas cuestiones acerca de las pasiones, tratando de definirlas y clasificarlas para un correcto entendimiento. Algunos ahondando en una realidad espiritual, en donde la aproximación para comprender la dinámica de las emociones se basaba en aspectos abstractos y religiosos, que poseían valor, pues a pesar de que definían las emociones en relación con el alma o un ser supremo, daban una base para las ideas que luego les procederían. Era claro que, existía un centro afectivo en el ser humano que se relacionaba con su mundo y le daba sentido a sus acciones y esas mismas acciones eran guiadas por la razón o no. Había otros filósofos que descartaban esos aspectos, mas no apartaban la idea del alma, las pasiones, apetitos o afectos en interacción con la razón o la falta de ella. Lo cierto es que, la consistencia de estos aspectos daba noción a un concepto más profundo sobre las pasiones humanas, tanto así que podemos ver en la lectura filosófica de la época definiciones de ciertas emociones como la alegría, la tristeza, la sorpresa, la admiración, entre otras. Sin embargo, es de apreciar que, para las

épocas hasta este momento mencionadas de la historia, era difícil diferenciar las pasiones, los afectos, las emociones o la virtud porque no había una clasificación concreta y conciliada de cada uno de estos conceptos, dando un conocimiento difuso y muy variado de ellos.

Los filósofos empiristas tenían una noción diferente sobre los afectos. Según Locke (trad. en 1956), “el placer y el dolor son ideas simples... La manera de conocerlas, al igual que las ideas simples de los sentidos, consiste tan sólo en experimentarlas” (p. 210). No se limita a concebir que las emociones son simples ideas, le da paso a la experimentación de las mismas, es decir, la ejecución de la idea en el entorno social, contribuyendo a la complejidad de los afectos. Otro filósofo empirista llamado Hume, tenía una idea radical de las pasiones. Él, consideró que debían estar separadas de la razón y argumentó que “la razón es, y sólo debería ser, la esclava de las pasiones, y no puede pretender desempeñar otro oficio que servir las y obedecerlas” (Hume, trad. en 1985). Este postulado contradice ciertas ideas de algunos de sus colegas, puesto que, coloca a las pasiones como eje central de la conducta, sin embargo, en su clasificación de las pasiones, sin profundizar en este momento en las mismas, surge un conflicto con respecto al concepto de volición, adjudicado como una pasión por Hume, ya que esta característica comportamental guarda relación con el entendimiento y la imaginación, procesos meramente cognitivos. Los filósofos de esta época concretizan y dan más profundidad al concepto de la emoción dando apertura a la dinámica conductual y su influencia en la interacción interpersonal.

Otro filósofo empirista fue Kant, quien en su libro *Antropología desde el punto de vista pragmático*, buscó definir de manera más concreta los sentimientos, apetitos, emociones y pasiones. Según este autor, los sentimientos están divididos en dos tipos en

oposición: el placer y displacer con características sensibles e intelectuales. En este sentido, existen dos modelos de sentimientos: el que se da por los sentidos (le da el nombre de deleite) y el que se da por medio de la imaginación. En contraposición, está el displacer sensible, al cual llama dolor y el displacer intelectual, que se da por medio de los conceptos y las ideas. La polarización del sentimiento comprueba la dinámica en donde se encuentra inmerso el ser humano, lo cual puede ayudar a comprender las características conductuales que presenta el individuo y pronosticar la reacción emocional que puede manifestar en determinada circunstancia. El *apetito* es otro concepto abordado por Kant (trad. en 1991) y definido como: “la autodeterminación de la fuerza de un sujeto por medio de la representación de algo futuro como un efecto de la autodeterminación” (p.185). De aquí, podemos tomar en cuenta el gusto particular que tiene el individuo sobre algo que aún no posee, pero desea adquirir. La inclinación hacia un gusto que no es relevante para su subsistencia, pero es determinante para su satisfacción, lo que predispone su posterior comportamiento. La *emoción* para Kant (trad. en 1991) es “... un ataque por sorpresa de la sensación, con que resulta abolida la presencia de ánimo. Es, pues, precipitada, esto es, crece veloz hasta un grado del sentimiento que hace imposible la reflexión” (p.185). Según Kant (trad. en 1991) en la emoción no existe reflexión, por ende, la respuesta es una precipitación del ánimo hacia el entorno, lo que nos lleva a pensar que se da una reacción inmediata al momento de recibir un estímulo significativo del ambiente. Por último, Kant da ciertas características conceptuales para definir la *pasión* otorgándole la connotación de estado de ánimo invencible por la razón, más intenso que la emoción por cuanto el individuo la experimenta.

Ante los antecedentes filosóficos del concepto de la emoción, podemos elaborar un esquema más amplio y profundo en el entendimiento para complementar su definición.

Dentro de la psicología, el concepto de la emoción es de vital importancia para el entendimiento, manejo y educación en el plano de la atención clínica. Se puede decir que, es una de las características del ser humano en que se basa el estudio psicológico. Muchos psicoterapeutas y teóricos de la emoción han discutido la definición más propicia para el término, abordándolo a través de diversas temáticas conceptuales que pueden diferir en la terminología explicativa y sus postulados, mas, al profundizar cada una, se puede ver entre los modelos teóricos similitudes que dan consistencia al concepto.

A inicios de la psicología como ciencia, el concepto de la emoción se ahonda en términos mucho más objetivos. Ya en los primeros laboratorios de psicología experimental, fundados por Wundt en el año 1879, a través del método de la introspección, se buscaba llevar al individuo a obtener una conciencia emocional, lo que Wundt llamaba “respuesta inmediata”, sin embargo, quedaba siendo un método puramente descriptivo.

En el año 1884, el estudio de la emoción se empezó a estructurar entorno al dinamismo de los estados afectivos con relación a la fisiología humana a través de los estudios de William James. Él concebía que, las emociones eran una secuencia de sucesos que comienzan con la presencia de un estímulo, pasando por un proceso mental que excita una emoción y generando así una manifestación física (James, 1884). Daba importancia al sistema nervioso como estructura base y predisponente de las manifestaciones físicas y conductuales. Reacciones físicas como los latidos del corazón, los retortijones del estómago, el sudor en las palmas de las manos, la tensión muscular, entre otras; son parte de los estados emocionales. Eran también indicadores que podían determinar sentimientos

diferentes en cada individuo. James (1884) decía que “los cambios corporales siguen directamente la percepción del hecho emocionante, y de nuestra sensación de los mismos cambios que ocurren es la emoción” (pp. 189-190). Paralelamente, un médico y psicólogo danés llamado Carl Lange desarrollaba una visión similar de la emoción. Lange (1884), postulaba que, la presencia en el cerebro de un centro vasomotor provoca las reacciones corporales y cada emoción era producto de un conjunto de elementos, en donde, cada elemento es causado por proceso fisiológico. Cada teoría de la emoción dio ciertos avances en el aspecto teórico del concepto, no obstante, la falta de resultados experimentales no pudo apoyar la teoría de James y Lange para esa época, sin embargo, sus aportes han sido tomados como base para muchas investigaciones.

El conocimiento en sí mismo lleva siempre una contraposición que otorga más precisión al alcance real de algún concepto. En el caso de la emoción, la teoría de activación general es una de las investigaciones reactivas contra la teoría de James y Lange. En esta teoría, postulada por Cannon (1927) y desarrollada posteriormente por Bard (1938), se argumenta que la emoción procedía de un estímulo que se procesa a nivel del sistema nervioso central, produciendo una experiencia emocional y a su vez envía información al sistema nervioso autónomo, que se activa de forma generalizada. A este proceso lo llamó *Teoría de Activación General*. Para Cannon y Bard (trad. en 2013), los estímulos emocionales tienen dos efectos excitatorios independientes, pues provocan tanto el sentimiento de la emoción en el cerebro, como su expresión en los sistemas nerviosos autónomo y somático. Esto enmarca las ideas biopsicológicas de la emoción potenciando su estudio a nivel experimental.

Tanto la teoría de James y Lange, como la teoría de Cannon y Brad, fueron refutadas por posteriores estudios, los cuales han demostrado que la retroalimentación neurovegetativa y somática no resultan indispensables para experimentar una emoción. La emoción puede ocurrir en ausencia de estas dos características, sin embargo, su presencia tiene gran influencia en la conducta emocional. Es importante tomar en cuenta lo antes descrito, ya que nos ayuda a consolidar y objetivar el concepto de la emoción.

Otro autor que puede ayudarnos a consolidar el concepto de la emoción es el psicólogo y filósofo francés Ribot. Él, manifestaba que el término emoción en el lenguaje de la psicología contemporánea, ha remplazado los términos como *pasiones* o *afectaciones del alma* utilizados hasta el siglo XVII (Ribot, 1900), quien definía la emoción como: “la conciencia de todos los fenómenos orgánicos (exteriores e interiores), que acompañan, y que son considerados como sus efectos; en otros términos, lo que el sentido común considera como los efectos de la emoción son precisamente su causa” (p. 122). Este postulado nos muestra que ya a principios del siglo XX los estados afectivos iban tomando relevancia dentro del ámbito de la ciencia empírica, revelando, para esa época, la importancia de su conocimiento para el desarrollo social y personal.

Smith y Lazarus (1990) proponen una definición elaborada por Hilman que dan guía a su documento *Emoción y Adaptación*. Mostraban que la emoción:

...es un estado complejo del organismo, involucrando corporalmente cambios de carácter generalizado en la respiración, pulso, secreción de glándulas, etc., y, en el lado, un estado de excitación o perturbación, marcado por un

sentimiento fuerte, y generalmente un impulso hacia una forma definitiva de comportamiento. Si la emoción es intensa hay una cierta perturbación de las funciones intelectuales, una medida de disociación, y una tendencia a la acción. (p. 610).

A pesar de que esta era una definición consensuada entre psicólogos, según Smith y Lazarus, a nivel descriptivo no daba soluciones entre la disputa de emoción y falta de emoción.

Reeve (2010) define la emoción como “un constructo independiente de sus componentes individuales. La emoción es lo que concierne los componentes de sentimiento, estimulación, intención y expresión dentro de una reacción coherente ante un suceso provocador” (p. 223). Manifestaba que la emoción como constructo une y coordina los cuatro aspectos de la experiencia mencionados y los sincroniza en un patrón, complementando y coordinando sus componentes.

Luego de discutir, a través de ciertas visiones filosóficas y psicológicas, el concepto de la emoción es claro que, detrás del mismo hay un cúmulo de componentes que se organizan dentro de la dinámica de comportamiento y que por sí solos pueden ser objeto de estudio para cualquiera investigación. Es una tarea difícil tratar de conceptualizar un constructo como la emoción, pues al estar relacionado con tantos procesos dentro de la conducta humana, tratar de fundir en una descripción que abarque cada uno de sus componentes puede llegar a ser una proeza. Tratando de mostrar una definición general, podemos decir que, la emoción, como concepto, es la respuesta psicofisiológica espontánea que tiene el ser humano ante un estímulo interno (puesto que puede emerger de un



pensamiento referido por la experiencia o un estímulo físico autónomo) o externo (estímulo ambiental que promueve conducta), con una dinámica multidimensional y una estrecha relación con los procesos fisiológicos. La respuesta puede tener cierto nivel cognitivo el cual nos ayuda a interpretar la realidad y a adaptarnos a ella, condicionando así nuestra conducta. La emoción no es algo tan simple como podemos llegar a suponer, es de vital importancia en las relaciones interpersonales y nos puede tanto ayudar como desfavorecer dependiendo de la intensidad y la ocasión en donde se plasme. Toda emoción lleva consigo una consecuencia, por ende, el manejo emocional puede ser una alternativa útil al momento de conducir alguna conducta.

## **2. Componentes fisiológicos de la emoción**

Dentro de la experiencia humana, la emoción, como característica subjetiva de la conducta, guarda relación con procesos fisiológicos responsables de respuestas específicas que lograr una mejor adaptación con nuestro entorno socio ambiental. Las emociones, en esencia, son la expresión afectiva de nuestra conducta, la cual revela nuestro estado de ánimo, manifestándose a través de cambios motores, viscerales, respuestas somáticas, gesticulaciones u otras respuestas corporales. El conocimiento de las estructuras del sistema nervioso y los diversos sistemas asociados pueden darnos una noción sobre cómo es el proceso biopsicológico del ser humano relacionado con las emociones.

### **a. El sistema nervioso autónomo y la emoción.**

Uno de los gestores relacionados con las respuestas físicas experimentadas al percibir una emoción es el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), el cual está encargado de

regular y controlar las funciones de los órganos internos como el corazón, el estómago, el intestino, pulmones, las glándulas salivales, algunas funciones del ojo, riñones, hígado, vejiga, órganos sexuales, entre otros. Interviene en la regulación de la presión arterial, la motilidad digestiva, el vaciamiento de la vejiga, la temperatura corporal, las secreciones gastrointestinales, la sudoración, entre otras funciones. Su principal aferencia proviene de las neuronas sensitivas autónomas, también llamadas viscerales. Éstas, se relacionan con interorreceptores sensitivos que controlan los vasos sanguíneos, las vísceras y los músculos relacionados a los movimientos autónomos. Las neuronas motoras autónomas son otro tipo de células nerviosas que regulan la actividad visceral, la excitación o inhibición de los órganos internos (glándulas, músculo liso y músculo cardíaco), la dilatación pupilar, la vasodilatación y la vasoconstricción del corazón (De Calvo & Rodriguez, 2009). El SNA se caracteriza por su actividad, pues en la mayoría de los procesos no hay un acto consciente o voluntario. Esto significa que el individuo no posee la capacidad para interrumpir por propia iniciativa cualquier función de los órganos relacionados al SNA. Prepara al individuo para una respuesta conductual influenciada y fundamentada no solo por la situación experimentada, también junto a una base fisiológica que condiciona la respuesta.

EL SNA se divide en simpático o toraco-lumbar y parasimpático o cráneo-sacral (De Calvo & Rodriguez, 2009). La división simpática, prepara el cuerpo para situaciones de alerta o de fuerza, situaciones de lucha o huida en estados de emergencia. Su influencia se da en situaciones de estrés emocional o actividad física, aumentando la frecuencia cardíaca y respiratoria, dilatando los vasos para preparar el corazón y los músculos esqueléticos que se asocian a la exigencia corporal y así suplirlos de sangre, constriñendo los vasos que no están comprometidos en la actividad como los del tubo digestivo y los

riñones. La división parasimpática se encarga de los procesos fisiológicos en estado de reposo, como la digestión y la conservación de la energía, restableciendo los nutrientes del cuerpo. Ambas divisiones, procuran mantener la homeostasis del cuerpo de diversas formas, por ende, en situaciones de malestar emocional las respuestas fisiológicas trabajan para devolver la estabilidad del individuo.

Las respuestas simpáticas se superponen a las respuestas parasimpáticas en momentos de actividad física o estrés emocional, manteniendo vigorosidad en el individuo y produciendo rápidamente trifosfato de adenosina (ATP), nucleótido que es fundamental en la obtención de energía celular. Las emociones como la vergüenza, el miedo o la ira estimulan la división simpática que, junto a la liberación de hormonas por la médula suprarrenal, preparan fisiológicamente al individuo para responder a la exigencia del entorno. La médula suprarrenal secreta adrenalina, noradrenalina y encefalina. Estas hormonas son las responsables de estimular y enviar señales a los receptores sensitivos autónomos que preparan al cuerpo para responder a una actividad física o a una amenaza. Cada una tiene un rol que garantiza la adaptación del individuo en un momento de tensión ambiental. La adrenalina también llamada epinefrina incrementa la frecuencia cardíaca, contrae los vasos sanguíneos, dilata las vías respiratorias y prepara al individuo para la reacción de lucha o huida. La noradrenalina o norepinefrina incrementa también la frecuencia cardíaca, libera glucosa de las reservas de energía e incrementa el flujo sanguíneo hacia los músculos esqueléticos para las reacciones de emergencia. La encefalina es un péptido opiáceo endógeno que comparte los mismos receptores neuronales que la morfina y está relacionado con la regulación del dolor, el control cardiovascular, el estrés y la respuesta inmune.

Las respuestas parasimpáticas, a diferencia de las simpáticas, buscan el reposo del cuerpo y contribuyen a la motilidad digestiva. Estas sostienen procesos corporales que conservan y retoman la energía al cuerpo en periodos de descanso. En una frase sencilla, las respuestas parasimpáticas buscan disminuir las reacciones fisiológicas que elevan las respuestas simpáticas y activa las funciones de los órganos que no se involucran en las reacciones de lucha o huida. Las respuestas parasimpáticas disminuyen la frecuencia cardiaca, el diámetro de las vías aéreas y el diámetro de la pupila.

Ambas respuestas autónomas nos brindan la homeostasis física necesaria para sobrellevar las situaciones amenazantes y las exigencias corporales de nuestro entorno cotidiano. Al explicar de manera general sus funciones podemos dar entendimiento a las respuestas emocionales, que son acompañadas con reacciones fisiológicas específicas en cada emoción. En este caso, al abarcar las funciones del SNA vemos la gama de procesos involuntarios que ocurren en nuestro cuerpo, demostrando la existencia de una fuerte integración entre la esfera afectiva y las actividades fisiológicas.

#### **b. El sistema límbico e hipotálamo, gestores de la conducta y las emociones.**

En el control del comportamiento, también se ven involucradas las áreas corticales y subcorticales del cerebro. Es importante el entendimiento del complejo proceso detrás de las manifestaciones afectivas, que son reguladas y efectuadas por el sistema nervioso central (SNC). Una de las estructuras que está relacionada a las emociones a nivel subcortical es el sistema límbico. Es una estructura localizada en la parte basal del cerebro, la cual controla las respuestas emocionales y los impulsos de las motivaciones que se activan en áreas corticales y subcorticales. Muchos estudios se han dirigido a conocer el

proceso involucrado en el sistema límbico aportando al entendimiento de la base neurofisiológica de las emociones. El también llamado “cerebro emocional” tiene un papel fundamental en las emociones como el dolor, el placer, el afecto, la ira y la docilidad. Sus estructuras afines, como el hipotálamo, ayudan a potenciar la labor neuroquímica de los procesos conductuales. Entre sus funciones podemos mencionar el control del comportamiento, la temperatura corporal, los impulsos de comer y beber, el control de peso corporal y procesos involucrados con el olfato y la memoria.

El hipotálamo es el centro de control del sistema límbico, de gran importancia para la regulación del comportamiento y de otras funciones del cuerpo. Este pequeño órgano, de pocos centímetros y con peso aproximadamente de 4g, está involucrado en la regulación cardiovascular, la regulación de la temperatura corporal, la regulación de agua en el cuerpo, la regulación de la contractilidad uterina, la expulsión de leche por la mama, la regulación digestiva y de alimentación y el control de la secreción de hormonas endocrinas por la adenohipófisis. No obstante, vamos a tratar específicamente las funciones conductuales en la que se ve involucrado el hipotálamo junto a otras estructuras afines del sistema límbico.

Los efectos sobre el comportamiento que tiene el hipotálamo se ven condicionados por la estimulación de ciertas áreas de este órgano, por lo cual podemos, de cierta manera, ver la relación que tiene una conducta específica en función a la estimulación de un área determinada. La estimulación del hipotálamo lateral genera en el comportamiento un aumento de actividad, lo que puede ocasionar situaciones de cólera y lucha. La estimulación del núcleo ventromedial y las zonas afines generan tranquilidad, puesto que está relacionado con la saciedad y la disminución de consumo de alimentos. La actividad

en la zona fina de los núcleos periventriculares está relacionada con la emoción del temor y la reacción frente al castigo. Otra área relacionada con la conducta son las porciones anteriores y posteriores asociadas con el impulso sexual. En efecto, cada área del hipotálamo, además de tener una función vegetativa o endocrina, manifiesta su acción en la conducta, dándole más profundidad a las reacciones emocionales y ayudando al estudio exhaustivo de ellas.

La conducta humana gira en torno a un mecanismo de castigo y recompensa que motiva al individuo a actuar o reaccionar frente a determinada tarea. Cognitivamente se puede argüir que el suceso experiencial puede condicionar la conducta, ya que la interpretación del evento nos asegura el motivo de nuestra respuesta. Sin embargo, estudios han explicado que a nivel neurofisiológico existen estructuras límbicas relacionadas al sistema de recompensa y castigo, es decir, al sistema relacionado a situaciones que pueden causar en el individuo satisfacción o aversión. A través de los estudios en simios, se ha determinado que el centro de recompensa se encuentra en el trayecto del fascículo prosencefálico medial sobre los núcleos ventromediales y lateral del hipotálamo, mientras que el centro de castigo y el de huida ante un estímulo aversivo se encuentra en la sustancia gris central del mesencéfalo y también están relacionados la amígdala y el hipocampo en menor grado. Investigaciones han determinado que la estimulación de los centros de castigo puede inhibir de total forma los centros de recompensa y de placer, lo que significa que el individuo puede dar prioridad al castigo y al miedo sobre el placer y la recompensa (Guyton, 2016, pp. 1839-1840).

Otra emoción que se ve evidenciada a nivel del hipotálamo y de otras estructuras del sistema límbico es la ira. Está relacionada a los centros de castigos que al generar un patrón en el comportamiento puede activar la respuesta de lucha en el individuo. En esta emoción juega un papel esencial la zona periventricular y lateral del hipotálamo. Por otra parte, la docilidad está relacionada a los centros de recompensa, lo que nos indica que al generar un patrón de comportamiento relacionado al sistema de recompensa puede manifestarse en el individuo mansedumbre y pasividad ante una situación.

Sin duda, los sistemas de castigo y recompensa que se presentan en el sistema límbico, de manera predominante en el hipotálamo, nos ayudan a entender la base neuropsicológica de las emociones asociada al constructo de la motivación que, al ser un aspecto psicológico, deja entre ver la profunda base neurofisiológica que ejerce influencia en el comportamiento. Por ende, no debemos descartar los procesos gestados en el cerebro, pues son la base imperceptible, pero presente, de la conducta.

Otra estructura del sistema límbico que se involucra en las respuestas emocionales es la amígdala. Es un conjunto de pequeños núcleos situados debajo de la corteza cerebral en el polo anteromedial del lóbulo temporal. Aparte de tener funciones específicas a nivel endocrino y vegetativo, también está involucrada en los patrones de la cólera, huida, dolor intenso y miedo. Se piensa que la amígdala se encarga también del comportamiento a nivel semiconsciente preparando la respuesta para cada evento que acontece.

Hay muchas estructuras a nivel cerebral que se activan al manifestarse una respuesta emocional, por tanto, la emoción no puede considerarse como una respuesta aislada y unidireccional. En ella, se involucran procesos de aprendizaje y de la memoria

que constituyen, de cierta forma, una estructura que da base a las respuestas conductuales hacia nuestro entorno. La preparación que nuestro cuerpo tiene ante un estímulo externo en relación con el bagaje del pensamiento forma un sistema multidimensional que puede explicar a profundidad las respuestas humanas, aunque es importante reconocer que siempre hay limitaciones y aspectos que no se pueden abarcar en su totalidad. De manera general, hemos explicado las funciones de las estructuras cerebrales en la conducta emocional, no obstante, aún queda mucho por explicar en este tema. Recomendamos, si se desea profundizar, estudiar de manera particular los bastos contenidos de las bases fisiológicas de la conducta.

### **3. Fundamentación psicológica de las emociones**

El ser humano como individuo social, desarrolla diversas capacidades a lo largo de su experiencia de vida que le ayudan a interactuar con su medio y dan forma a la estructura comportamental que, en su continua dinámica, motiva la conducta, desempeñando un papel importante en el propio desarrollo. En el apartado anterior, desarrollamos las estructuras fisiológicas relacionadas con las respuestas emocionales, dándonos una visión más profunda de su manifestación. Podemos decir que, un individuo debe describirse como un ser biopsicosocial que se adecua constantemente a un entorno dinámico y puede influir en el mismo en función a las potencialidades que ha desarrollado durante su experiencia.

Esquematizar los aspectos psicológicos de la emoción nos da apertura para hondar en los argumentos teóricos que influyen en la interpretación de las manifestaciones afectivas. Tanto las características innatas (el temperamento), como las consolidadas en la



experiencia (el carácter y las capacidades) dan forma a un constructo psicológico llamado personalidad, el cual configura la manera en que gestionamos nuestra conducta y nuestro propio ser.

La importancia del temperamento nos da un entendimiento más profundo de las respuestas afectivas, y al concepto mismo de la emoción. Cloringer (1993), planteó ciertas dimensiones dentro de la estructura del temperamento que son potenciadoras de conducta, dándonos una noción para, de alguna manera, entender lo que abarca este constructo innato en nuestro comportamiento. En este postulado se destaca que, el temperamento, como componente biológico de la personalidad, da realce a la búsqueda de novedad, que implica actividades exploratorias placenteras en su frecuencia, desvinculándonos de la monotonía. Podemos llamar *activación conductual* a esta característica del temperamento. Este autor también menciona que la evitación del daño, algo continuamente observable en las relaciones humanas, es otra dimensión del temperamento que motiva al individuo a buscar conductas que reduzcan el castigo o la frustración, la llamada *inhibición conductual*. La Dependencia de la recompensa o *el mantenimiento conductual*, es otra dimensión del temperamento que tiene como finalidad responder a situaciones reforzantes y mantener comportamientos relacionados con situaciones placenteras. Por último, *la persistencia*, que nos ayuda a mantener una conducta a pesar de las dificultades u obstáculos. Ante estos enunciados vemos que, la relación que el individuo tiene con su entorno se gesta de manera profunda en el temperamento, dado que funciona como estructura base para nuestras respuestas emocionales y conductuales.

Existen muchos aspectos relacionados a las manifestaciones conductuales que conceptualizan el entendimiento del temperamento y las respuestas emocionales. Basándonos en el modelo de Costa y McCrae sobre el enfoque léxico-factorial, el cual podemos decir que es uno de los más aceptados actualmente, conoceremos la definición de las dimensiones esenciales que estructura la personalidad humana, a través de los llamados *cuatro grandes factores temperamentales de la personalidad* (Costa & McCrae, 1985):

*Neuroticismo*: expresa la tendencia de sentir malestar psicológico que hace expresar impulsividad en la conducta.

*Extraversión*: es la frecuencia conductual de implicarse en situaciones sociales de alegría y optimismo.

*Apertura a la experiencia*: manifiesta en el individuo curiosidad, recepción a lo novedoso y facilidad de expresión emocional.

*Amabilidad*: es el grado o rango en que el individuo puede manifestar desde compasión hasta hostilidad.

*Responsabilidad*: organizador de objetivos personales, que expresa grados de compromiso en el individuo.

La comprensión del *temperamento* es la base para la interpretación de nuestras conductas recurrentes que, en relación con la emoción, puede ayudarnos a profundizar sus alcances dentro de la estructura del comportamiento y potenciar las habilidades sociales. Nos enseña a identificar la manera de conducirnos ante diversas circunstancias. También, hay que tomar en cuenta el nivel de excitación de la respuesta, es decir, cuan motivado

podemos estar al momento de reaccionar ante una situación, reconociendo la base innata que configura nuestra conducta. Por ende, es de manifiesto que al conocer o ser consciente de la existencia del temperamento, sus dimensiones y los procesos psicológicos que se estructuran en el individuo podemos tener un mejor punto de partida para el entendimiento de los aspectos psicológicos de la emoción, ayudándonos a abarcar su contenido.

Otra de las estructuras psicológicas que componen la personalidad es *el carácter*. Es de suma importancia dentro de los estados afectivos y de conducta, pues está relacionado con los factores psicosociales aprendidos en el proceso de socialización en las diversas etapas de desarrollo. Los esquemas son el contenido del carácter y en su dinámica se refleja el constructo psicológico de la personalidad. Es de saber que los esquemas nacen desde muy temprano en la experiencia infantil del individuo y van desarrollándose en las etapas de vida. Es en los esquemas donde se aloja la base interpretativa de la realidad, es decir las creencias básicas que utiliza el individuo para organizar su visión sobre sí mismo, el mundo y su futuro.

Dentro de la investigación psicológica podemos generarnos ciertas interrogantes en torno a la conducta y el contenido que esta rodea. Al hondar más en el estudio del plano afectivo podemos toparnos con otros aspectos importantes para el entendimiento de la emoción. La *motivación* es uno de ellos y se identifica como la raíz dinámica del comportamiento. La ocurrencia conductual no se mantiene por un solo acto reflejo o una ley absoluta que establece los estándares de todas las conductas. Para que una conducta perdure en el tiempo, debe existir un potencial intrínseco que promueva la ocurrencia; causas patentes que argumente su manifestación. El estudio de la motivación nos puede

brindar pistas para dar respuestas a las interrogantes que surjan alrededor de este tema. Sabemos que existen motivos internos y externos que actúan como guía de comportamiento. Las motivaciones internas son guiadas por necesidades, cogniciones y emociones. Sabemos ya que las emociones tienen componentes fisiológicos que dan complejidad a las expresiones afectivas, sin embargo, al organizar los componentes fisiológicos y psicológicos de las emociones damos forma a un patrón consistente que nos permite adaptarnos a nuestro entorno. Esto facilita la dinámica conductual, brindando salida a expresiones y entendimiento a otros individuos sobre el estado afectivo que podemos presentar ante determinada circunstancia. Los aspectos biofísicos son la primera base motivacional para la manifestación afectiva. Las necesidades fisiológicas relacionadas con nuestro entorno crean un escenario emocional que tiene su base en los estímulos corporales. Los *acontecimientos externos* son otra de las fuentes de motivación que potencia nuestra conducta y la mueve, dependiendo del grado de relación que tiene con nosotros y nuestro bienestar. De la interacción de los estímulos internos y externos pueden surgir los pensamientos que actúan como una fuente de motivación cognitiva. Esta fuente de motivación es más compleja, pues tienen una estructura con múltiples interacciones de estímulos internos y externos que promueven conducta. El constructo de la motivación nos ayuda a ampliar la visión que podemos tener sobre las manifestaciones emocionales, dando sentido a las características de la personalidad. Tomando en cuenta la personalidad como base consolidada para la expresión conductual y emocional, podemos empezar a desarrollar de manera más estructurada los aspectos psicológicos de las emociones.

Las emociones según John Marshall Reeve (2010) “surgen a partir del procesamiento de la información, la socialización y los contextos culturales” (p. 255). Son

estos factores los que intervienen en el desarrollo y estructuración de los patrones de comportamientos y por consiguiente de las respuestas emocionales. Los procesos biológicos explicados anteriormente son la base de las respuestas conductuales, sin embargo, no se puede decir contundentemente que una emoción surge solo de la actividad del sistema nervioso. Es evidente que la cultura, la información que está en constante estimulación con nuestros sentidos y las relaciones interpersonales, pueden marcar la manera en cómo nos conducimos en nuestro entorno social. Uno de los constructos mencionados por Reeve para la comprensión cognitiva de las emociones es la *valorización*. Este autor definió el concepto como “un cálculo de la importancia personal de un suceso” (Reeve, 2010, p. 256), que nos ayuda a evaluar lo significativo de la experiencia actual y la relación que tiene con nuestro bienestar. Es un antecedente conductual necesario para la aparición de una emoción que, al aislarse del suceso, se puede inferir su directa relación con la afectividad. El suceso es indiferente ante la ausencia de una valoración previa del mismo. El agrado o el desagrado del suceso dependerá de la valoración que el individuo haga del mismo y su conducta se condicionará al tipo de valoración que el individuo tenga. Si el suceso es agradable, desarrollará la tendencia conductual de aproximarse al objeto que le genera las emociones placenteras. Al contrario, si este objeto es desagradable para el individuo, su patrón conductual será evitarlo al percibirlo. Reeve, divide de manera general la valoración en primaria y secundaria. La valoración primaria se centra en el bienestar físico o psicológico, en el estado financiero, en las metas y relaciones interpersonales. Todo esto se enmarca dentro del estado vital significativo, en función a la calidad personal de la experiencia que genera la emoción. Luego de la reflexión de la experiencia vital primaria suele surgir la valoración secundaria que involucra el

autoanálisis de las capacidades de afrontamiento frente al suceso experimentado. Es importante tomar en cuenta este antecedente de la emoción para poder definir el origen y significancia de su manifestación.

La *atribución* de la emoción es otro aspecto que está ligado al proceso de la valorización del suceso vital particular. Le da argumentos al individuo para llegar a un desenlace vital importante, aclarando su ocurrencia. La atribución ayuda al individuo a establecer las razones por las cuales se ha presentado el suceso, generando nuevos tipos de emociones, diferenciándose de las primeras emociones mostradas ante el suceso.

La valorización contribuye a la comprensión cognitiva de la emoción y las relaciones sociales, mientras que la atribución nos ayuda a revalorar la emoción en función al desenlace del suceso. Todo esto se relaciona con el contexto sociocultural de cada individuo que potencia la comprensión de la emoción. Hay que considerar la cultura como factor que influye en las respuestas emocionales, pues nos puede ayudar también a interpretar la dinámica psicológica de las manifestaciones afectivas.

Las emociones son respuestas que utilizamos los seres humanos para interactuar con nuestro medio social e identificar nuestra particularidad o respuesta colectiva ante un suceso determinado. Nos ayuda a adaptarnos, adecuando nuestra conducta a las exigencias ambientales, permitiendo a los demás predecir el comportamiento asociado a un suceso específico y potenciando conductas que nos ayudan a mantener nuestro bienestar. Estas funciones de la emoción facilitan una reacción más eficaz ante un estímulo, construyendo a través de la experiencia patrones que facilitan la interacción. Sin embargo, en función a la experiencia, pueden existir patrones de comportamiento que generan en el individuo

malestar emocional, si en los mismos sucesos existen eventos precipitantes de conducta desorganizada o sucesos traumáticos. En posteriores apartados abordaremos esta temática para entender los problemas emocionales que pueden generarse debido a antecedentes conflictivos.

Conociendo las bases interpretativas de la conducta, podemos escalar otros aspectos vinculantes con los estados afectivos. Según Aaron Beck, existen niveles de procesamiento de la información que nos ayudan a describir los comportamientos y determinar el nivel de patología que existe en cada individuo. El primer nivel son los *esquemas* donde se almacenan los postulados y suposiciones básicas que funcionan como base interpretativa de la información que se percibe. El segundo nivel lo conforma el *proceso cognitivo* en donde se asimila la experiencia al contenido interpretativo. El tercer nivel está relacionado con los *pensamientos automáticos* que se definen como las imágenes, diálogos o monólogos que no tienen presencia directa en la consciencia y surgen de forma irreflexiva por la interacción que tiene el individuo con ciertos estímulos. Para Beck, la percepción general de la experiencia emocional está basada en las ideas o cogniciones que son el resultado de la síntesis de los estímulos internos y externos, los cuales ayudan a evaluar el entorno. Las cogniciones constituyen la corriente de consciencia o campo fenoménico del individuo que lo configura en torno a si mismo, su mundo, su pasado y su futuro, dando contenido a las estructuras cognitivas que influyen en el estado afectivo y la conducta de una persona. El modelo cognitivo conductual tiene una base teórica y empírica notable que proporciona un conocimiento sustentable de los procesos emocionales, teniendo en cuenta que la interpretación del entorno en función a nuestra realidad interna interrelaciona la

experiencia con los estados emocionales, lo que facilita reconocer el origen inmediato de una emoción y una conducta.

Otro autor dentro del modelo cognitivo conductual es Albert Ellis. En su Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) plantea que “las cogniciones, emociones y conductas no se experimentan de forma aislada, sino que se superponen significativamente” (Ellis, 1989, p. 17). Da relevancia al papel que tiene la percepción de los hechos y su interacción con las emociones, la evaluación cognitiva y la conducta. Coloca el énfasis en los malestares provocados por las creencias irracionales al tener posturas dogmáticas por naturaleza que interfieren en la resolución de alguna meta, provocando las emociones negativas. Él propone, a través de la fundamentación de las ideas y la interpretación apropiada del entorno, recobrar los pensamientos racionales para adquirir comportamientos funcionales que promueva el bienestar del individuo. Para Ellis, las emociones son las respuestas que derivan de las creencias que tiene un individuo sobre un acontecimiento.

El modelo cognitivo conductual facilita la interpretación genuina sobre la influencia de la emoción en nuestro sistema social y experiencial, dando argumentos para el sostenimiento o no de una emoción determinada. Es importante tomar en cuenta su valor empírico, altamente evidenciado por la gran cantidad de investigaciones basadas en este modelo, aunque es notable señalar que la profundización misma del contenido del sistema emocional relacionado con los antecedentes de individuo es una tarea que se torna infrecuente, pero es existente en los estudios correspondientes a este enfoque.



#### **4. Aspectos teóricos sobre los problemas emocionales**

El ser humano, en su dinámica de relación, interactúa con muchos componentes ambientales que moldean su comportamiento, promoviendo conductas que buscan la adaptación a las exigencias del medio. Desde el vientre materno se transmite los componentes emocionales del individuo, incorporando el sistema de interacción social de la madre al mundo perceptivo del bebé en gestación. En este periodo, a parte de la transmisión de las características físicas de los padres hacia el bebé, son heredadas las características temperamentales que posteriormente serán la base para el desarrollo del infante. Las psicopatologías también tienen componentes hereditarios que pueden predisponer al individuo a problemas o trastornos psicológicos, entre los cuales podemos mencionar la ansiedad, la depresión, el autismo, incluso la esquizofrenia. Es importante señalar que la genética por sí sola no provoca los problemas o trastornos psicológicos; su fuente también procede de factores ambientales que funcionan como activadores de las tendencias psicopatológicas heredadas. Por ejemplo, la probabilidad de padecer el trastorno psiquiátrico de la esquizofrenia es diez veces mayor entre hermanos e hijos de esquizofrénicos, en comparación a la población en general (Papalia, 2009), lo que demuestra la potencia del factor genético en el desarrollo de las psicopatologías. Ante todo lo presentado, puede entenderse que el ambiente físico, el ambiente sociocultural, los factores de desarrollo, la maduración y la historia de aprendizaje del individuo pueden desarrollar la presencia o no de patologías. Al realizar el análisis funcional del individuo, se debe tomar en cuenta estas variables para el entendimiento más profundo de los padecimientos psicológicos.

Para comprender las psicopatologías es esencial tomar en cuenta un modelo teórico sobre la conducta anormal, pues en el abordaje de las problemáticas emocionales, la elección de un modelo puede determinar el análisis de un malestar psicológico y plantear alternativas de tratamiento. Los modelos en psicopatología se agrupan en función a un aspecto de estudio para sustentar su análisis. Entre estos aspectos se encuentran las bases orgánicas, la conducta y los procesos mentales. Existen tres modelos principales en psicopatología para poder abordar el malestar psicológico y mental:

*El modelo biológico:* el cual fundamenta el estudio de los trastornos mentales en una etiología orgánica y pone de manifiesto la importancia de la observación de los signos y los síntomas. El proceso de dar un diagnóstico se basa en atributos clínicos. Para este modelo, al tener la enfermedad una etiología orgánica, el tratamiento debe basarse en aspectos biológicos.

*El modelo conductual:* profundiza más en la objetividad de los sucesos atendidos, basándose en el análisis cuantitativo y las relaciones causales del ambiente y la conducta a través de la experimentación. El principio teórico en que se argumenta su análisis es el aprendizaje y considera los problemas mentales como producto de conductas desadaptativas que se habitúan a través del tiempo.

*El modelo cognitivo:* propone la relevancia de los procesos mentales más que la conducta anormal, considerando al individuo como un ser que puede llegar a la consciencia de sus actos y reelaborar la perspectiva del suceso relacionado con el ambiente. Da énfasis también, a la metodología experimental para el análisis de la conducta.

En base al modelo psicopatológico que adoptemos podemos guiar nuestras intervenciones a un objeto de análisis específico, sin embargo, si nos adentramos más a la optimización de las intervenciones clínicas, nos daremos cuenta que se hace necesario un abordaje integrativo para el estudio más exhaustivo de los problemas y trastornos psicológicos.

Los sistemas de clasificación que estandarizan las enfermedades psiquiátricas y psicológicas nos ayudan también a consolidar el análisis de las psicopatologías. Podemos tomar como referencia los dos manuales más utilizados por los especialistas para la clasificación de las enfermedades mentales: la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Edición (CIE-10) o El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Edición (DSM-5, por sus siglas en inglés). Estos manuales adecuan de mejor forma el diagnóstico de las psicopatologías y están en constante actualización.

Ante este breve preámbulo teórico-práctico sobre el abordaje de los problemas y trastornos mentales, podremos centrarnos en los padecimientos que se frecuentan en la atención clínica. Describiremos de manera sencilla la etiología de cada uno en función al modelo cognitivo conductual, el cual guía la intervención y análisis de este estudio, además de contemplar los aspectos teóricos relevantes de algunos problemas emocionales.

Los padecimientos más frecuentes, por parte de los pacientes que asisten a la clínica psicológica, están relacionados con los trastornos del estado de ánimo, de personalidad, alimentación, fobias, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos-compulsivos, entre otros. Esto puede evidenciar, más allá de un conflicto individual, deficiencias psicológicas a nivel

social que son gestoras de problemas mentales, los cuales valen la pena investigar para su mejoramiento y prevención. Existen muchos factores relacionados a los problemas emocionales, por ende, es importante su especificación y categorización para facilitar la elección de las tareas de intervención. En este estudio, nos centraremos en los problemas emocionales relacionados con la depresión, con la ansiedad y el malestar psicológico general para dar un alcance funcional al estudio.

Según el modelo cognitivo planteado por Beck (2005), la génesis del malestar psicológico se basa en tres conceptos: *la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos* (p. 21). La llamada triada cognitiva, consiste en tres patrones cognitivos que llevan al individuo a tener supuestos sobre sí mismo, su futuro y sus experiencias. El primer componente de la triada cognitiva se centra en la visión que el individuo tiene sobre sí, atribuyéndose las consecuencias de sus experiencias, es decir el individuo entiende que él es la causa de lo que sucede en su experiencia. El segundo componente se centra en la visión que el individuo tiene sobre el futuro, en donde crea situaciones anticipadas que influyen sobre sus expectativas de la realidad. El tercer componente presta atención a la tendencia de interpretar sus experiencias en función al esquema de pensamiento que ha desarrollado a través del tiempo, adaptando los sucesos a las conclusiones que ha gestado de antemano. Estos componentes de la triada nos ayudan a interpretar la etiología del malestar en su concepción inmediata y a partir de este conocimiento el especialista puede identificar los síntomas motivacionales y los patrones cognitivos que el paciente manifiesta en determinadas situaciones.

El segundo concepto que explica el malestar psicológico es el modelo de los esquemas, los cuales están relacionados con un conjunto de estímulos que el individuo selecciona, combina y utiliza para conceptualizar una situación. La consistencia conductual ante fenómenos específicos genera un patrón cognitivo relativamente estable que son la base de la interpretación de un conjunto de situaciones. A estos patrones cognitivos estables Beck les da el nombre de *esquemas*, los cuales se forman generalmente durante la infancia a través de los sucesos y reacciones experimentadas. Un esquema funciona como base para transformar los datos que se adquieren del ambiente, a través de los sentidos, en cogniciones y así constituir el fundamento interpretativo que ayuda al individuo a categorizar su experiencia y formar una matriz de esquemas. La evaluación de un suceso depende del tipo de esquema que el individuo utiliza para estructurar su experiencia y el estímulo ambiental que activa el esquema que determina la manera de responder del individuo. Según Beck (2005), en las psicopatologías “la experiencia se distorsiona de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes” (p. 21). Esto puede originar errores de pensamiento que facilitan el aumento de una emoción que puede perdurar en el tiempo y tornarse desadaptativa. La pérdida de control es evidente en los casos inestabilidad emocional severos, lo que imposibilita realizar una actividad de manera voluntaria y concentrarse en aspectos importantes de la vida.

Los errores de procesamiento de la información son las creencias que el paciente manifiesta sobre aspectos de su experiencia, que se tornan negativos y desadaptativos ante la existencia de un problema o trastorno psicológico, tomando como válido lo interpretado a pesar de la falta de evidencia sobre el pensamiento consentido. Beck, enumera cinco

errores de pensamiento frecuentes en pacientes depresivos que pueden ayudarnos a acrecentar el entendimiento de otros problemas y trastornos emocionales:

*Inferencia arbitraria:* en este error, el individuo busca precipitarse a una conclusión sin evidencia que sustente el suceso, más bien existe evidencia que es contraria a sus conclusiones.

*Abstracción selectiva:* consiste en centrarse en detalles que no se encuentran en el contexto en donde experimenta el suceso, ignorando lo relevante, describiendo el ambiente en base a fragmentos del mismo y no en la realidad experimentada.

*Generalización excesiva:* en este proceso se elabora una regla general o conclusión a partir de eventos aislados, aplicando lo construido en el pensamiento a situaciones relacionadas o fuera del contexto.

*Maximización y minimización:* aquí los errores de pensamientos se manifiestan en la evaluación de la magnitud del evento lo que implica una distorsión de la interpretación de la realidad.

*Personalización:* consiste en la tendencia y ligereza del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos sin evidencia que argumente la relación causal entre sus actos y los sucesos que ocurren en el ambiente en que se está relacionando.

*Pensamiento Absolutista, Dicotómico:* en este error, el individuo se aferra a clasificar su experiencia en categorías opuestas extremas para describirse a sí mismo.

El pensamiento de una persona que padece es influenciado por la inestabilidad afectiva, que da paso a respuestas emocionales primitivas. Se puede también presentar dificultad en la integración de la experiencia, en la clasificación de la misma en diversas categorías y en la colocación de criterios objetivos para su evaluación. El individuo con

conflictos psicológicos basa sus interpretaciones en argumentos absolutistas e impulsivos, lo que puede ocasionar conductas potenciadoras de malestar y desadaptación. Al entender los problemas en la inferencia de los sucesos podemos conceptualizar y estructurar de mejor forma la experiencia del paciente y llevarlo a identificar los problemas que subyacen en el juicio crítico de los sucesos. De esta manera, lograremos ajustar y reordenar los esquemas de pensamientos que en su distorsión han funcionado como facilitadores de malestar.

Son muchas razones por las cuales es importante estudiar la etiología de cada malestar psicológico. En nuestro caso, amplía el conocimiento de los problemas y trastornos emocionales para desarrollar mejores planes de prevención e intervención. A continuación, argumentaremos brevemente los posibles orígenes y estructuras de los problemas o trastornos que más se frecuentan en la práctica clínica.

La depresión es uno de los problemas o trastornos que se frecuentan en la atención clínica, y guarda cierta relación con las conductas ansiosas. Este tipo de malestar se caracteriza por el estado de ánimo triste, la irritabilidad, la somatización y los cambios cognitivos que afectan de manera significativa la funcionalidad del individuo. Según el DSM-5 (2014), entre los trastornos depresivos se encuentran: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, distimia, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamento y el trastorno depresivo no especificado. Todos ellos se diferencian por la duración, su presentación temporal y su etiología. La organización del pensamiento del individuo depresivo se sustenta en el modelo de esquemas, en donde la persona mantiene actitudes que le hacen sufrir y son incongruentes a la obtención del bienestar que busca, a pesar de

que conoce y tiene evidencia de los efectos positivos de realizar una conducta más funcional. La hipótesis del modelo cognitivo sobre la depresión argumenta que existe una predisposición a las actitudes depresivas con base en las experiencias tempranas que dan soporte a los esquemas negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro, los cuales permanecen latentes y son activados en función a las circunstancias vividas.

Otro de los problemas que más se frecuentan en la atención clínica son los que están relacionados con la ansiedad. Es bien sabido que, ante las situaciones que están en constante interacción con el individuo dentro de una cultura, la ansiedad es un síntoma que se presenta en la mayoría de las personas, y es característico en los pacientes que buscan ayuda psicológica. El DSM-5 (2014) describe la ansiedad como “una respuesta anticipatoria a una amenaza futura” (p. 189). En sí misma, la ansiedad es una emoción que nos ayuda a adaptarnos a nuestro entorno, provocando conductas que pueden estar relacionadas con la lucha o la huida. Ante alguna amenaza, la ansiedad normal promueve comportamientos de superación conductual e intelectual. Podemos decir que, la ansiedad es una emoción que, en niveles adecuados, puede ayudarnos a desarrollar nuevas capacidades y prepararnos para las exigencias crecientes del medio, lo cual es beneficioso. Sin embargo, el aumento y curso prolongado de la misma en el individuo puede generar malestar físico y psicológico, comprometiendo los diversos sistemas sociales en donde se desenvuelve, lo que puede originar un trastorno de ansiedad propiamente dicho. Desde el modelo cognitivo conductual, la perspectiva de la ansiedad se basa en una noción de vulnerabilidad. Esta susceptibilidad al daño es la percepción que el sujeto tiene de sí mismo en relación con los peligros internos o externos sobre los cuales no tiene control suficiente. La sensación de vulnerabilidad se evidencia en individuos con sesgos evaluativos sobre los



posibles sucesos experimentados, lo que genera una exageración negativa sobre los posibles daños. Los errores de interpretación sobre la probabilidad que ocurra un mal son frecuentes y se magnifican por ciertos procesos cognitivos disfuncionales. El trastorno de ansiedad generalizada se encuentra entre los trastornos más frecuentes de este tipo, no obstante, muchos individuos con este padecimiento no acuden a la atención hasta muchos años después de estar con el malestar y ver su deterioro social. Existen otros tipos de trastornos de ansiedad tales como: la fobia específica, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de pánico, la agorafobia, entre otros. Todos comparten criterios relacionados con la ansiedad y el miedo. Otras de las características de este tipo de malestar son la preocupación y la depresión constante por la idea de la existencia de una amenaza y la sobrestimación de resultados negativos, llevando al individuo a conductas torpes e inestables.

Uno de los rasgos que también se observan en la atención clínica es la conducta obsesiva compulsiva que parece intensificarse en estos últimos años. Es tanto la prevalencia de esta problemática que en el DSM-5 se ha abierto un apartado específico para los trastornos obsesivos-compulsivos y los trastornos relacionados, a diferencia del DSM-IV-TR en donde este tipo de malestar se agrupaba en los trastornos de ansiedad. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), que puede ser el que más se observa en este grupo, se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones recurrentes y rígidas, afectando de cierta manera la interacción social. Las obsesiones se manifiestan a través de pensamientos, impulsos o imágenes mentales que son intrusivas y no deseadas, mientras que las compulsiones son conductas repetitivas e impulsivas que se realizan en respuesta a la obsesión o en función a supuestas reglas obligatorias y rígidas en el cumplimiento. Según

el Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos de Vicente Caballo (1997), “los contenidos informados por los pacientes se refieren habitualmente a la agresión y pérdida de control, a hacer daño, a la negligencia, a ser poco honrado, a los accidentes, a la sexualidad, a la religión, a la contaminación y a las enfermedades” (p. 139). Estos contenidos guardan relación con la interpretación que el individuo manifiesta sobre los eventos que percibe en el contexto. Existen aspectos irracionales en el contenido interpretado que tienen un significado y valor para la persona, la cual atribuye características amenazantes al evento, generando conductas ritualistas con el afán de mantener el control de las amenazas que se aproximan o que están presentes en el ambiente. Por supuesto, muchos de estos eventos carecen de evidencia, no obstante, a pesar que en alguna instancia puede el individuo llegar a analizar con la evidencia los sucesos, este posiblemente le resta valor y significancia a lo evidente y le da realce al pensamiento intrusivo.

Podemos dar apretura a otros trastornos en donde se presentan conductas disruptivas, afectación en el control de los impulsos y otros malestares conductuales, los cuales guardan familiaridad con ciertos problemas y trastornos ya mencionados. Estos tipos de trastornos se manifiestan con problemas en el autocontrol y la manifestación de las emociones y se caracterizan por la existencia de conductas agresivas y de destrucción de la propiedad. Esto puede deberse al control deficiente de las emociones como la ira, por ejemplo, en el trastorno explosivo intermitente se puede manifestar déficit en el manejo emocional, arrebatos de ira desproporcionada en función a la provocación de algún estímulo. En el DSM-5 existe un apartado que especifica cada trastorno de conducta disruptiva, control de impulsos y otros malestares conductuales, detallando sus criterios de

clasificación diagnóstica. A nivel de gravedad, este problema presenta una afectación externa más notable que otros trastornos, pues su influencia se traslada a actos que pueden llegar al vandalismo, al hurto y a las agresiones físicas o verbales hacia algún objeto, individuo o animal. Podríamos mencionar la ludopatía como otro trastorno del control de impulso por su relación a las características de descontrol en la conducta y deterioro social utilizando como objeto de placer los juegos de azar, sin embargo, se debe considerar que este tipo de psicopatología se encuentra actualmente tipificado en los trastornos no relacionados con sustancias.

Por último, describiremos la naturaleza del grupo de trastornos que pueden tener un compromiso mayor en cuanto al malestar del individuo y su afectación en las áreas del sistema de interacción social. Hablamos de los trastornos de personalidad. Según el DSM-5 (2014) el trastorno de personalidad es:

...un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro. (p. 645).

Este tipo de problemática psicológica, debido a su complejidad, se torna un tanto desafiante para todo clínico. Probablemente las personas que padecen este trastorno causen problemas a los demás, incluso pueden llegar a ser costosos para la sociedad. Por lo general sufren problemas familiares, escolares, laborales, entre otros, que atañen su bienestar.

Acarrear problemas en su salud física debido al estrés intenso provocado por el trastorno o por accidentes ocasionados por la conducta arriesgada que la persona presenta. Sus causas pueden tener origen en los primeros años de vida, además de presentar un fuerte potencial genético. La predisposición biológica y los factores ambientales estructuran los rasgos de personalidad disfuncionales que permiten la manifestación del trastorno. De cierta forma, la sintomatología presentada en los diversos trastornos mentales está relacionada con las dimensiones de la personalidad, mismas que dan sustento a las características del comportamiento y ponen en evidencias las tendencias psicopatológicas que un individuo puede presentar.

Todos los problemas y trastornos psicológicos son observables en la medida en que los mismos influyen en el desenvolvimiento del individuo en las diversas esferas de interacción social. Algunos pacientes pueden presentar ciertas características de un trastorno, pues no cumplen con los criterios necesarios. Otros manifiestan claramente un trastorno y puede existir incluso comorbilidad con otros. Por esto, es importante conocer la etiología de cada padecimiento para ofrecer una intervención más específica y estructurada en función a los criterios diagnósticos. Probablemente, algunos trastornos tengan un compromiso mayor que otros en la afectación de la estabilidad mental y emocional del individuo. Ante esta situación, es provechoso conocer el nivel de perturbación que hay en la persona, pues ayuda al especialista a desarrollar programas que garanticen, guardando siempre las medidas circunstanciales, una mejora en el bienestar psicológico. La implementación de una atención multidisciplinaria es una opción que puede abordar de manera más amplia los casos que tienen mayor compromiso clínico.

En este apartado hemos explicado ciertas características de algunos problemas emocionales que se frecuentan en la atención clínica para su abordaje en la intervención psicoterapéutica. Hay muchos otros malestares que también merecen ser abordados y explicados, no obstante, para poder profundizarlos es necesario realizar estudios más específicos y adoptar un modelo teórico que explique y asimile el entendimiento de las psicopatologías.

## **5. Problemas emocionales y su repercusión en la sociedad**

Existe mucha especulación en la población en torno a la presencia de las enfermedades mentales en nuestro país. Conocemos posiblemente las causas de las mismas, pues podemos encontrar su etiología y criterios diagnósticos en los manuales clínicos y los libros de psicopatología, además de la información que especialistas pueden darnos según su experiencia. Sin embargo, el conocimiento actualizado y detallado sobre la prevalencia de las enfermedades o problemas mentales a nivel regional y nacional es escaso por la poca relevancia que se le da en los informes de salud pública. La accesibilidad es otra dificultad que acrecienta la desinformación de los problemas mentales y su relevancia a nivel social, aumentando la discriminación y falta de tolerancia ante el enfermo mental o la persona con trastornos o problemas emocionales. El conocimiento sobre este tema es poco difundido, a pesar que existe amplias investigaciones que están abriendo espacio al tema, no obstante, es necesario el apoyo del estado y las ONG para difundir y educar sobre las problemáticas mentales y/o emocionales.

Aunque pensemos que los problemas emocionales de otras personas no influyen en nuestro bienestar, sus consecuencias no son aisladas ni individuales. Por si mismos pueden

afectar, de cierta manera, la estabilidad socioeconómica de un país. El gasto a nivel de salud, la repercusión en la dinámica familiar, laboral y social, son algunos eventos que generan afectaciones a diversos niveles. Los sistemas de salud aun no dan una respuesta adecuada a los pacientes con este tipo de situación. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), en países de ingresos bajos, entre 76% y 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento, y en países con altos ingresos el porcentaje está entre 35% y 50%. Estas cifras son alarmantes y se complica aún más con la baja calidad de atención en los sistemas de salud, la falta de presteza y seguimiento y la insuficiencia de programas de ayuda social.

Otro dato destacado, que nos da cierta visión de las enfermedades mentales, es su prevalencia en el mundo. Según la OMS (2018), entre los trastornos mentales con mayor presencia en el mundo están: la depresión, la cual afecta a más de 300 millones de personas (3.9%), con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres, el trastorno afectivo bipolar, afectando aproximadamente a 60 millones de personas (0.78%), la demencia con 47.5 millones de personas (0.62%) y la esquizofrenia con 21 millones de personas aproximadamente (0.27%). Tomando en cuenta estos datos es menester para los profesionales de la salud darse cuenta de la importancia de las afectaciones mentales y su repercusión, pues están relacionadas con otro tipo de factores como el estrés, la herencia genética, la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a los riesgos ambientales, lo que nos indica la necesidad no solo de prestarle atención, también es preciso intervenir de manera multidisciplinaria y dar a conocer los modelos desarrollados para la atención de pacientes con problemas psicológicos o trastornos mentales.

En Panamá la situación de la salud mental avanza de manera paulatina, no obstante, no hay suficientes programas de intervención multidisciplinaria para la prevención y la atención de pacientes con malestares mentales. En el 2013, se registraron 3323 casos de depresión en la República de Panamá, con una tendencia más elevada en las mujeres. En cuanto a la esquizofrenia, ese mismo año, la prevalencia fue del 3% al 5% de la población en general y el 0.5% al 1% padeció de algún trastorno relacionado con esquizofrenia (Ministerio de Salud de Panamá, 2013, p. 131). Según datos de la contraloría, en el 2017 se dieron 124 casos de suicidio y 120 muertes por algún trastorno mental y de comportamiento en toda la república. Según el Perfil de Salud de la República de Panamá publicado por el Ministerio de Salud en el 2016, los principales problemas de salud mental que enfrenta la población panameña están relacionados con los trastornos de ansiedad, los trastornos de depresión, los problemas afectivos, la psicosis y el consumo de sustancias. Todo esto se suma a los índices de violencia intrafamiliar, drogadicción, consumo de alcohol, violaciones, indigencia, pobreza y otros factores que revelan una problemática socioeconómica alarmante (Ministerio de Salud de Panamá, 2016).

Se están haciendo esfuerzos por concientizar la prevención y atención de las personas con padecimientos emocionales y trastornos mentales severos en las entidades de salud pública, no obstante, es importante acrecentar la formación de la población sobre estas problemáticas y darle una real relevancia como se hace con otros tipos de malestares físicos. Motivar el desarrollo del manejo emocional en colegios, empresas públicas y privadas y en centros comunitarios puede ser una opción para prevenir el incremento en la población de psicopatologías.

## **6. El manejo emocional y su función en el comportamiento**

Cuando hablamos de manejo emocional podemos pensar que se trata de mantener las emociones a raya, buscando no explotar y conservar la compostura al momento de percibir un estímulo significativo. Es comprensible que adjudiquemos estas características para referirnos al manejo emocional, no obstante, este concepto es un poco más complejo que mantener el control de nuestro comportamiento. Según Mayover, Salovey y Caruso (2016), el manejo emocional es “la capacidad de abrirse a los sentimientos y de modularlos en uno mismo y en los demás, así como promover la comprensión personal y el crecimiento” (p. 69). Es la aptitud para generar estrategias eficaces dirigidas a utilizar las emociones de forma que ayuden a la consecución de las propias metas, en lugar de verse influenciado por las propias emociones de forma imprevisible. Esta competencia está dentro del conjunto de habilidades contempladas en la inteligencia emocional, que se centra en utilizar, comprender y manejar las emociones. Otras dimensiones que tiene la inteligencia emocional son: la percepción emocional, la facilitación y la comprensión emocionales. Goleman, destacaba dentro de la inteligencia emocional habilidades como el autocontrol, el entusiasmo, la perseverancia y la capacidad de motivarse a uno mismo, y manifiesta que es un ámbito poco conocido en la educación tradicional. El manejo emocional es una habilidad que se puede enseñar, incluso se puede adecuar al currículo escolar para mejorar las habilidades interpersonales y desarrollar una adecuada adaptación social en los niños y adolescentes. De esta forma, podemos prevenir problemas o trastornos psicológicos en etapas posteriores que acarreen dificultades sociales. La manifestación emocional en los momentos apropiados da lugar a una mejor toma de decisiones. Para que esto se dé, se necesita trabajar los sentimientos de manera reflexiva y dirigir la emoción



hacia una conducta adaptativa. Esto implica ser consciente y aceptar las propias emociones, permitir su salida en los momentos propicios e incorporar las emociones en la toma de decisiones de forma adecuada, manteniendo un nivel de manejo emocional óptimo que facilite la capacidad de interpretación del contexto en función a las evidencias ambientales. Una adecuada respuesta ante diversos estímulos puede llevarnos a lograr un objetivo o fracasar en el intento. El conocimiento emocional puede darnos una ventaja en el discernimiento de una conducta adaptativa.

Esta capacidad denota una importancia sustentable en las consecuencias de las interacciones conductuales que influyen en el bienestar emocional. Podemos hacer una interpretación proporcional de esta competencia a la hora de evaluarla en el individuo, no obstante, la presencia de la competencia del manejo emocional no es garantía de bienestar emocional. Un individuo con potencial en esta habilidad puede también padecer de trastornos o problemas emocionales. Hay que tomar en cuenta los patrones de conducta establecidos en edades tempranas, y habituarlos a través del tiempo y las circunstancias. Es probable que la capacidad de razonamiento en situaciones con niveles de estrés altos disminuya, lo que condiciona el manejo emocional a la intensidad de los sucesos experimentados. Por tanto, la funcionalidad del manejo emocional debe relacionarse con la práctica de la competencia. En algunos casos, los pacientes con afecciones emocionales que acuden a una atención psicológica tienen cierto nivel de manejo emocional, sin embargo, desconocen esta capacidad en sí mismos o simplemente la niegan con el afán de justificar las conductas que le han causado malestar. Es por esto que, uno de los objetivos que puede el terapeuta llevar a cabo dentro de la intervención es potenciar esta habilidad y guiar al paciente a darse cuenta de sus capacidades para manejar sus emociones. Es cierto

que, el camino para poder mantener una estabilidad emocional resulta para muchos pacientes con problemas emocionales una tarea complicada, porque deben luchar con esquemas de pensamiento y patrones de conducta muy arraigados en sí mismos. El papel del terapeuta debe funcionar como guía y sostén temporal del camino hacia el bienestar.

## **7. Reflexión teórica sobre la integración de los modelos terapéuticos**

En el tratamiento de las disfunciones emocionales existe una gama de modelos y herramientas que los especialistas pueden utilizar para su abordaje. Por más de un siglo, estudios concernientes a la atención de los problemas emocionales, han dado forma a modelos psicoterapéuticos que como fin buscan el bienestar mental del individuo. Aunque cada uno difiere en sus procedimientos terapéuticos e interpretación del comportamiento, la capacidad que tienen para el mejoramiento de los malestares afectivos es evidenciada en las poblaciones atendidas, dando grandes aportes al desarrollo de la atención psicológica. Desde hace aproximadamente 30 años se ha intensificado la discusión sobre la integración de los modelos de atención psicológica, sin embargo, el denso contenido teórico en que se deben sumergir los especialistas para encontrar consistencia entre los postulados, las diversas posiciones sobre las barreras interteóricas de las técnicas terapéuticas, las faltas de estudios empíricos y la resistencia de algunos teóricos que se oponen a este tema dificulta la labor. Ante tal embrollo, se puede llegar a pensar que es imposible la integración de los modelos por las barreras mencionadas. Los aportes de autores como Erskine, Opazo, Fernández, Nocross, Goldfried, entre otros, pueden ayudarnos a vislumbrar un poco el paradigma de la integración en la psicología, más hemos de aclarar que en este estudio nos

limitaremos a tomar una forma de integración llamada *asimilación integrativa* para la intervención terapéutica.

Uno de los primeros en estudiar con mayor ahínco la integración, fue Richard G. Erskine. Este autor, sugiere que la integración toma en cuenta muchas visiones del comportamiento humano, lo cual proporciona una explicación válida sobre la función psicológica y la conducta. Sus estudios buscan conseguir una integración teórica en la práctica psicoterapéutica, facilitando la plenitud, la calidad del ser humano y su funcionamiento en las áreas intrapsíquica, interpersonal y socio-política. Actualmente, se sigue desarrollando estudios sobre este modelo en el Instituto de Psicoterapia Integrativa en Vancouver, Canadá.

Ante el desarrollo de la integración, un análisis atrevido, pero a la vez un aporte reflexivo inminente, es el postulado por Millon en 1990. Él, sostenía que “La integración es ecléctica, por supuesto, pero es algo más. Es sintetizada a partir de una teoría de fondo cuya orientación y utilidad general deriva de la conocida máxima: el todo es mayor que la suma de sus partes” (como se cita en Opazo, 2001, p. 27). Roberto Opazo, estaba de acuerdo con este supuesto y añadía que la integración se debe dar a nivel práctico y teórico desde las bases empíricas y teóricas ya existentes. Sin embargo, esto nos lleva a exigir mayor rigurosidad en el planteamiento de las bases que argumentarían la visión del modelo integrativo de Opazo. Por consiguiente, adoptar este modelo conllevaría un compromiso y una entrega más elevada, lo que constituiría un dilema para muchos especialistas, y a su vez podría motivar a no optar por un modelo que a groso modo se vislumbra como inestable. Parece desalentador el panorama del modelo integrativo, no obstante, cada vez

más nos encontramos con investigaciones que dan riqueza a su desarrollo teórico. Es por ello que, no es tan descabellado aportar al desarrollo del conocimiento sobre este tema e involucrarse en su estudio.

John Norcross y Marvin Goldfried, en su manual sobre integración en psicoterapia postulan que existen cuatro principales formas o rutas en las que se puede presentar la integración de los modelos. A continuación, explicaremos cada ruta:

*Eclecticismo técnico:* esta forma de integración para Norcross y Goldfried es la menos teórica de todas, sin embargo, afirma que no se debe entender completamente como un enfoque antiteórico. Hemos visto cierto desprestigio a esta forma de atención por la diversidad de técnicas e interpretaciones de comportamiento que utiliza, dando un matiz de inestabilidad o poca profundidad, sin embargo, negar su valor práctico podría restar objetividad al análisis sobre esta ruta de integración. Según los autores “el eclecticismo técnico, busca mejorar nuestra capacidad para seleccionar el mejor tratamiento para la persona y el problema. Esta búsqueda se guía principalmente por datos sobre lo que ha funcionado mejor para otros en el pasado con problemas similares” (Norcross & Goldfried, 2005, p. 8). Denota una base más actuarial que teórica. Esto se puede entender por los distintos procedimientos que se ejecutan en este enfoque que no están suscritos a una teoría determinada y presentan algunas veces incompatibilidad en los preceptos teóricos que utilizan. Una de las afirmaciones que podemos tomar para entender lo que es el eclecticismo teórico es la postulada por Lazarus: “Intentar un acercamiento teórico (en el eclecticismo técnico) es tan inútil como tratar de imaginar el borde del universo. Pero leer la vasta cantidad de literatura sobre psicoterapia, en busca de técnicas, puede ser

clínicamente enriquecedor y terapéuticamente gratificante” (como se cita en Norcross & Goldfried, 2005, p.8).

*Integración teórica:* en esta forma de integración coexisten dos o más terapias que buscan a través de la atención psicoterapéutica mejores resultados, en comparación al uso de una sola terapia o modelo. Esta ruta implica gran responsabilidad, pues se hace énfasis en la integración del entendimiento de las teorías y las técnicas, lo que supone un gran esfuerzo intelectual y una profundización sobre cada uno de los modelos que se tomarán para hacer la integración. El objetivo de este tipo de integración es crear un marco conceptual que sintetice los mejores elementos de dos o más aproximaciones terapéuticas, generando nuevas vías para la práctica y la investigación. A pesar de que en el eclecticismo técnico, al igual que en la integración teórica, se utilizan en conjunto diversos modelos, existen grandes diferencias al momento de analizarlos. La integración teórica, busca más la unificación teórica de los postulados, a diferencia del eclecticismo, que busca más la practicidad de las técnicas de los diversos modelos, pues tiene un enfoque más empírico. Con lo afirmado podemos llegar a la conclusión que la integración teórica es una propuesta robusta con gran potencial, pero con desgaste analítico significativo.

*Factores comunes:* esta vía de integración consiste en la búsqueda de los factores que difieren y son comunes en las terapias. Su meta es crear una parsimonia y eficacia en los tratamientos, lo que devela el deseo de una consistencia teórica entre los modelos de atención psicológica que pueden llegar a utilizarse en esta ruta. Los componentes comunes crean una amalgama teórica que cimenta las bases interpretativas y técnicas de esta forma de integración. El nivel de abstracción entre la teoría y la técnica es uno de los indicadores que determina la consistencia en los modelos que buscan ser integrados. Según los autores,

“Al especificar lo que es común en las diferentes orientaciones, también podemos seleccionar qué funciona mejor entre ellos.” (Norcross & Goldfried, 2005, p. 10).

*Asimilación integrativa:* esta ruta conlleva la integración de técnicas en función a un modelo base en un sistema de psicoterapia. Combina las ventajas de un único sistema teórico coherente y flexible con una amplia gama de técnicas e intervenciones. Para algunos especialistas la asimilación integrativa es un paso realista hacia la integración, otros consideran que es un esfuerzo inútil de especialistas que no desean comprometerse con el eclecticismo técnico. Para Norcross y Goldfried, la asimilación integrativa es un paso tentativo hacia la integración total. La mayoría de los terapeutas se forman en un solo modelo o enfoque terapéutico e integran técnicas y métodos de otros enfoques cuando ven las limitaciones de su modelo base. Por esta razón la asimilación integrativa es una de las propuestas de integración más utilizadas por los especialistas, pues otorga seguridad y cierta estabilidad a nivel teórico y práctico y no necesariamente para adoptarla se tiene que abandonar el modelo al cual se está suscrito.

Cuando se aplica en la clínica alguna de estas rutas de integración no se diferencia con facilidad una de otra. Las diferencias pueden notarse en los conceptos, la semántica, la forma de organizar el contenido interpretativo; no tanto en la parte funcional. Esto no quiere decir que se excluya la parte teórica de la técnica o viceversa dentro de su estructura. Si bien es cierto, unas se enfocan más a la práctica y otras a la teoría, sin embargo, de manera general, cada una construye y compone su visión teórica-práctica en el bagaje integrativo que practican.

Como hemos de recordar en este estudio se utilizó la ruta de la asimilación integrativa, cimentada en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

La asimilación integrativa ha sido planteada y aplicada por muchos autores, algunos tal vez de manera indirecta, llevando la atención terapéutica a niveles de entendimiento más armoniosos, sin evadir la relativa complejidad de su funcionamiento en la atención clínica. Podemos mencionar, entre los autores que han desarrollado la asimilación integrativa, a Héctor Fernández Álvarez que propone el modelo cognitivo conductual como un enfoque práctico para la integración por sus características estructurales. Para Fernández (2017), la TCC constituye un modelo nuclear que permite la integración de principios o técnicas sin perder la esencia del modelo. La TCC tiene un amplio nivel conectivo que permite la asimilación de otros modelos, enriqueciendo el contenido de la intervención terapéutica.

**a. La terapia cognitivo conductual como modelo base para la atención integral de pacientes con problemas emocionales.**

La TCC se fundamenta en el supuesto teórico que destaca los efectos y la conducta determinada por el modo en que el individuo estructura el mundo. Este modelo terapéutico busca ayudar al paciente para que pueda pensar y actuar de modo más realista y adaptativo en función a sus problemas y así reducir los síntomas que causan malestar psicológico. La utilización de la misma, en la práctica clínica, se ha acrecentado por sus aportes investigativos, lo que evidencia su eficacia en la intervención de diferentes trastornos psicológicos. Su sustento teórico está basado en diversas teorías, de las cuales adopta ciertos criterios. Entre los pilares teóricos básicos de la TCC se encuentran: El condicionamiento clásico desarrollado por Ivan Pavlov y John Watson, el condicionamiento operante de Burrhus F. Skinner, la teoría del aprendizaje de Albert Bandura, la terapia cognitiva de Aaron Beck y la terapia racional emotiva conductual de

Albert Ellis (los dos últimos autores son reconocidos como los mayores exponentes del modelo cognitivo conductual). Estos pilares teóricos han sido parte de la esencia de la TCC y se han consolidado en la investigación y en la práctica clínica. Este tipo de intervención pone énfasis en el análisis y modificación de patrones de pensamiento disfuncionales y la sustitución de estos por patrones racionales y adaptativos. El proceso para llegar a este estado se da, a través de diversas técnicas cognitivas que replantean la visión que el individuo tiene sobre su realidad inmediata. La tarea del terapeuta es evaluar los procesos cognitivos desadaptativos y desarrollar experiencias que alteren las cogniciones y los patrones afectivos y de conducta relacionados con ellas. Entre las intervenciones que se utilizan en la TCC podemos mencionar: las racionales y de reestructuración cognitiva (terapia racional emotiva conductual de Ellis, terapia cognitiva de Beck y entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum), el entrenamiento en habilidades sociales y la resolución de problemas. Al pasar de los años, se han asimilado algunas técnicas dentro del grupo de recursos de intervención que el terapeuta cognitivo conductual utiliza. Esto puede deberse a su potencial para operar como eje articulador de diversos enfoques. En este apartado desglosaremos el contenido de la Terapia Cognitiva (TC), la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y ciertos enfoques de intervención que enriquecerán la práctica clínica sustentada en este estudio.

#### ***i. Terapia Racional Emotiva Conductual.***

En 1955, en la ciudad de Nueva York, un psicólogo Clínico llamado Albert Ellis desarrolla la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Este psicólogo, después de practicar el psicoanálisis como método de intervención a los problemas psicológicos, optó por desarrollar otras formas de psicoterapia tras salir decepcionado de la eficacia y



eficiencia del psicoanálisis. Empezó a practicar la psicoterapia orientada de manera psicoanalítica y la terapia analítica ecléctica sin lograr resultados satisfactorios. Decidió, por último, sumergirse en la filosofía y otros enfoques psicológicos que le sirvieron para estructurar las bases de lo que hoy llamamos TREC. Esta terapia, busca una aproximación humanística-existencial a los problemas humanos y a sus soluciones. Defiende el pensamiento de la no existencia del superhumano, que crea dependencia e incrementa los malestares psicológicos, y argumenta que ningún ser humano por antisocial que sea debe ser tratado como subhumano. Pone énfasis en la capacidad de desear y elegir, aceptando que existen otros factores exteriores que determinan la conducta humana. Enfatiza en la importancia de las cogniciones en los procesos psicológicos y aporta al campo de la terapia cognitiva conductual en la distinción de las creencias racionales e irracionales. Las creencias racionales son cogniciones que nos ayudan a evaluar de manera realista el ambiente en donde nos desenvolvemos. Tiene un enfoque tipo preferencial, es decir, estas cogniciones no tienen una interpretación absoluta de las cosas. Ellis manifiesta que estas creencias se expresan en la forma de “me gustaría”, “quisiera”, “preferiría”, “no me gustaría”, “desearía”. La percepción de los estímulos al tener una creencia racional ayuda a expresar de manera adecuada las emociones que podemos experimentar. Ellis postula que:

Los sentimientos positivos de placer y satisfacción se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean, por el contrario, los sentimientos negativos de displacer e insatisfacción (e.g., tristeza, preocupación, dolor, disgusto) se experimentan cuando no se consigue lo que se desea. Estos sentimientos negativos (cuya fuerza está estrechamente relacionada con la importancia del deseo) son

considerados como respuestas apropiadas a los acontecimientos negativos que hayan podido ocurrir, pero no interfieren en la persecución de nuevas metas o propósitos. Estas Creencias son «racionales» por dos aspectos: Primero, porque son relativas, y segundo porque no impiden el logro de objetivos y propósitos básicos. (Ellis, 1989, p. 17).

Por otro lado, las creencias irracionales, a diferencia de las racionales, tiene un enfoque absolutista para interpretar la realidad y se expresan en frases como “debería”, “estoy obligado”, “tengo que”. Estos tipos de exigencias provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de las metas, generando comportamientos disfuncionales.

En cuanto a las perturbaciones Ellis las divide en: *Perturbaciones del Yo* y *Perturbaciones Incomodas*. En las Perturbaciones del Yo, la persona hace peticiones hacia sí misma, los otros y al mundo; si éstas no son cumplidas en un presente, pasado o futuro, acontece una perturbación generada por la condena hacia uno mismo. La alternativa racional de esta autocondena es la autoaceptación que tiene como propósito negar una reprimenda al Yo y reconocer los errores que pudo haber cometido. En otra instancia, las Perturbaciones Incomodas son también peticiones hacia sí mismo, los otros y el mundo, con la diferencia que estas peticiones son de índole dogmática. Es decir, la persona tiene el pensamiento que deben existir ciertas condiciones para poder tener bienestar. Cuando no se consigue estas exigencias se tiende a tener perturbaciones. La alternativa racional a este malestar es tolerarlo, sabiendo que servirá para lograr objetivos y estabilidad a un plazo

posiblemente más largo de lo esperado, pero con la probabilidad final de un bienestar mayor. Ellis, concluía que los pilares del bienestar psicológico son la autoaceptación y un nivel alto de tolerancia a la frustración.

El marco de referencia en la intervención dentro de la TREC se basa en un esquema que aborda las emociones que causan el malestar al individuo. Al plasmarlo en las sesiones el paciente puede entender de manera sistemática lo que sucede en el proceso de expresión emocional. Esta técnica de intervención es llamada el “ABC Emocional”. En el esquema planteado por Ellis “A” significa el suceso desencadenante o activador, “B” representa las creencias del individuo y “C” son las respuestas emocionales y conductuales que surgen como efecto de las creencias. Este modelo es una forma simplificada de poder entender el proceso emocional del individuo, no obstante, la desventaja que podemos observar en el uso de este esquema es distinguir entre dos tipos de actividad cognitiva, además de la dificultad que el paciente experimenta al momento de manifestar una situación en particular dentro de todos los acontecimientos que le causan malestar.

En la TREC, el interés se manifiesta en las creencias racionales, las cuales son las responsables de las conductas de autoayuda, a diferencia de las creencias irracionales que promueven las conductas de autodestrucción. Ellis, desarrolla una lista de las principales creencias que el paciente puede utilizar para interpretar su entorno. Entre ellas se encuentran:

*Observaciones no evaluativas:* son las observaciones que no van más allá de los datos que el individuo dispone y no tienen ninguna relación con sus objetivos.

*Inferencias no evaluativas:* son cogniciones que van más allá de los datos disponibles y pueden ser tanto correctas como incorrectas.

*Evaluaciones preferenciales positivas:* son cogniciones positivas que ayuda al individuo a la consecución de objetivos y se vinculan con creencias racionales.

*Evaluaciones de obligación positiva:* este tipo de cogniciones pueden ser catalogadas como irracionales pues impiden que se lleve a cabo los objetivos que la persona se plantea por el tono interpretativo absolutista.

*Evaluaciones preferenciales negativas:* este tipo de cogniciones son relativas, no absolutas y son expresadas de manera negativa. Se consideran racionales, pues ayudan al individuo a lograr sus objetivos y propósitos.

*Evaluaciones de obligación negativas:* son cogniciones absolutistas, dogmáticas y negativas que evalúa el entorno de manera irracional e impide la consecución de las metas y propósitos.

Ante los sucesos significativos y cogniciones es razonable pensar que estos pueden ejercer una consecuencia en la conducta de la persona. A nivel de malestar psicológico las cogniciones negativas con fundamentación absolutista y dogmática y los sucesos traumáticos o incómodos tienden a producir conductas inadecuadas, niveles emocionales desadaptativos y malestares físicos inciertos. La ansiedad, la depresión, la hostilidad, la autocompasión y el autodesprecio son alteraciones emocionales que mayormente son provocadas por cogniciones irracionales o sucesos significativos que pueden generar

trauma como un desastre natural, un accidente de tránsito, un robo o una enfermedad severa.

Un aspecto importante dentro de la TREC es la influencia de las “obligaciones” en la estabilidad emocional del individuo. Estas son derivaciones irracionales que también influyen en las metas y propósitos del individuo. Existen tres derivaciones importantes que sabotean la obtención de bienestar en el individuo:

*Tremendismo*: consta de percibir el suceso como malo más de lo debido, lo que lleva a conclusiones exageradas y de índole mágico-derivada de una creencia.

*No Soportantitis*: se basa en creer que no se puede experimentar bienestar si el acontecimiento no cumple con las condiciones que “debe” tener y en tal caso si no sucede el acontecimiento planeado el evento se torna una amenaza real.

*Condena*: esta es la tendencia humana de clasificarse a uno mismo o a los demás de manera despectiva, inservible o subhumano, si no cumple con lo que “debe” hacer. De igual forma, estas características pueden atribuírseles al mundo o a las condiciones de vida y considerarse, si no se cumplen las expectativas, como algo “miserable”.

La TREC, ha comprobado que el ser humano tiende a realiza conductas ilógicas cuando no existe una estabilidad emocional o se está alterado. Este desacuerdo de los actos con las cogniciones sustentadas en la evidencia del contexto genera un malestar. Beck (1967), llamó distorsión cognitiva a los sesgos negativos que hacen referencia a los problemas emocionales, los cuales, según Ellis, proceden de los “debos” y los “tengo que”.

Ellis, menciona y detalla en su libro *Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual* las distorsiones cognitivas más frecuentes derivadas de las creencias irracionales.

Al entender las “imposiciones dogmáticas” que el paciente puede atribuirse a sí mismo, a los demás o al mundo, el terapeuta racional emotivo conductual puede desarrollar un programa que ayude al paciente a identificar las deficiencias a nivel interpretativo de su experiencia y llevar a la luz los sucesos que subyacen en el contexto donde interactúa, ayudando al paciente a abandonar sus creencias centrales y descontinuo la creación de nuevas creencias relacionadas con el malestar psicológico.

En el plano de la salud psicológica, Ellis propone, que las derivaciones de la filosofía del deseo pueden ayudar a las personas a desligarse de las cogniciones dogmáticas y adoptar una postura más racional que ayude al individuo a la consecución de sus metas. La primera de esas derivaciones es conocida como “*evaluar o analizar lo negativo*”, la cual es la alternativa racional del “tremendismo”. Esto es calificar la situación en un rango real de 0 a 100% y no sobrestimar el suceso colocándole valores exagerados. La segunda derivación se conoce como “*tolerancia*” y busca que la persona reconozca el suceso o las situaciones que no desea, evalúe alternativas que expliquen el suceso, modifique dentro del acontecimiento lo que puede cambiar y acepte del suceso no deseado lo que no puede modificar. Esta derivación es la alternativa de la “no-soportatitit”. Por último, la “aceptación”, la cual busca que la persona acepte los fallos de sí misma y de los demás, entendiendo sus limitaciones, condiciones de vida y personalidad.

La TREC, ha dado un esquema funcional de intervención psicológica que aprovecha los matices cognitivos, abordando la información real del contexto y las

emociones que estos provocan para organizar un esquema de pensamiento entendible para el paciente. La profundización de la TREC en el plano clínico facilita la práctica en la atención psicológica contribuyendo a la creación de nuevas investigaciones y estrategias de intervención.

## *ii. Terapia Cognitiva.*

Esta forma de intervención fue desarrollada por el Dr. Aaron Beck y difundida, en primera instancia, a través de su trabajo en pacientes con depresión. Desarrolla un procedimiento directivo, estructurado y de tiempo limitado que enfatiza en los efectos de la conducta por la influencia de las cogniciones. A este procedimiento le da el nombre de Terapia Cognitiva (TC). Como antes habíamos mencionado, las cogniciones se basan en esquemas en donde el individuo interpreta las situaciones, a través de las creencias nucleares y los supuestos que tiene asimilados, a través de las experiencias anteriores. Las técnicas propuestas por Beck están dentro del marco del modelo cognitivo conductual y las mismas buscan identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que se encuentran en las cogniciones, delimitando la evidencia que estas tienen y sus consecuencias en la vida del paciente.

En cuanto a los antecedentes filosóficos y teóricos de la TC se destaca los conocimientos de la escuela estoica de Zenón de Citio, Crispo, Cicerón, Séneca, Epíteto y Marco Aurelio (Beck, 1989). También, asimila ciertos conocimientos del movimiento fenomenológico, específicamente de los trabajos de Kant, Heidegger y Husserl, los cuales ponen énfasis en las experiencias subjetivas conscientes. Beck, también toma conocimientos de las filosofías orientales como el taoísmo y el budismo, pues comparten

el supuesto sobre las ideas y su influencia en las emociones. Las ideas de Freud que explica los sentimientos y los efectos basados en ideas inconscientes, los postulados de Adler que contempla al paciente dentro del marco de sus experiencias conscientes, las ideas de Piaget plasmadas en la teoría del desarrollo cognitivo y Lazarus que da énfasis a la modificación de las ideas erróneas forman también la base reflexiva para el establecimiento del enfoque terapéutico de Beck. Existen muchos otros autores que han aportado, a través del tiempo, al desarrollo de la TC, y aún sigue creciendo el conocimiento de la misma, estableciendo nuevas estructuras teóricas que buscan abordar de manera más amplia los diversos malestares psicológicos.

El procedimiento de intervención de la TC se basa en técnicas verbales que sirven para explorar la lógica que subyace en las cogniciones de los supuestos concretos. Al principio del proceso terapéutico se introduce al paciente en el fundamento teórico de la terapia cognitiva. Luego se le entrena para reconocer sus emociones y registrar sus pensamientos negativos en un registro diario de pensamientos y se plantea la estrategia terapéutica para lograr discutir los supuestos subyacentes y evaluarlos desde un enfoque lógico. Por medio de este procedimiento, se busca encontrar el valor adaptativo de una conducta. La TC, se centra en síntomas objetivos específicos, que son generados por las cogniciones, para luego someterlos a una investigación lógica y empírica que argumente el mantenimiento o no de la creencia. Se puede decir que, es una psicoterapia basada en el aprendizaje, pues el paciente incorpora en su repertorio conductual ciertas técnicas que funcionan como alternativas conductuales y ayudan al mejoramiento de los síntomas. El terapeuta, en este enfoque, funciona como calibrador de las cogniciones, pues cuestiona las



conclusiones a las que llega el paciente para ajustarlas a las evidencias del contexto y a las predicciones lógicas.

Otro concepto que podemos destacar en la TC es la importancia que se le da a los pensamientos automáticos en la consecuencia conductuales. Estos son el resultado de la interacción entre los supuestos o creencias intermedias, los procesos cognitivos y los elementos situacionales. Se caracterizan por su referencia a una situación concreta, por la espontaneidad en la que se introduce en la mente, la dificultad de detectarlo o controlarlo por la relación que tiene con el flujo del diálogo interno y su desarrollo en el aprendizaje. Tienden a ser irracionales, por lo que puede haber exageraciones ante un evento. Este tipo de errores de pensamiento se les denomina distorsiones cognitivas.

Tanto la TREC como la TC son modelos que han revolucionado la atención clínica, agrupados dentro del modelo cognitivo conductual. No se estorban el uno con otro, más bien se complementan, ampliando la dinámica de atención y otorgando más herramientas dentro de la intervención psicológica. Desde su creación hasta nuestros días se han desarrollado muchos estudios bajo este modelo, actualizando la estructura de atención y aportando grandes hallazgos dentro la psicología.

***iii. Algunos aspectos teóricos y técnicos de la asimilación integrativa basada en la TCC utilizada en el estudio.***

Hemos visto durante los últimos años el desarrollo satisfactorio y gradual de la integración en la psicoterapia. Sin embargo, aún existe el recelo de la integración en los modelos. Muchos especialistas han estado de acuerdo que este proceso es inevitable, pero son algunos los que se han atrevido a argumentar la integración como vía para el desarrollo

de la psicoterapia. Es entendible el hecho de la observancia insegura en la investigación de la psicoterapia integrativa, pues se puede encontrar postulados brillantes y atractivos para investigar, no obstante, al adentrarnos en los fundamentos teóricos, prácticos y metodológicos de algunos estudios vemos deficiencias, poca profundización e incongruencias. La idea misma de la práctica integrativa en la atención clínica se ha distorsionado, posiblemente por el desconocimiento y ejecución desmesurada de diversos modelos para la atención clínica y poco conocimiento que se tiene sobre la misma. Las insuficiencias que se pueden encontrar en los estudios sobre este tema no es un hecho que debe considerarse punible o descartable, pues son acercamientos provechosos y necesarios para crear los parámetros adecuados que ayuden a abarcar objetivamente el estudio de la integración. Por ende, es un reto adentrarse en la investigación de este tema por lo cuidadoso que se debe ser si se busca la más cercana objetividad en la argumentación del contenido estudiado.

La TCC, como ya habíamos mencionado, se fundamenta en diversos modelos que le otorgan su característica flexibilidad en cuanto a la asimilación de técnicas de otros modelos. En la asimilación integrativa con base en la TCC, por ejemplo, existe compatibilidad con la Terapia Centrada en Esquemas de Jeffrey Young, la Terapia de Aceptación y Compromiso de Steven Hayes, ciertas técnicas del modelo humanista; incluso con este último modelo la TCC concuerda en algunos fundamentos filosóficos, los cuales se basan en el movimiento fenomenológico, el existencialismo, las influencias de filosofías orientales entre otros aspectos. Lo cierto es que, la TCC puede funcionar como eje integrador que ayude a cohabitar las técnicas y modelos en la práctica. En este estudio se utilizó algunas técnicas humanistas, estructuras terapéuticas del modelo conductual, que

ya está integrado en la TCC, la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia de L. Bellak e intervenciones psicosociales.

La Gestalt, dentro de las terapias humanistas, resalta por sus aproximaciones dentro de la TCC. Su visión es la integración holística del ser humano, en donde toma relevancia las dimensiones afectivas, intelectuales, sensoriales, espirituales, emocionales y filosóficas. De allí su base fenomenológica y existencialista. Hace hincapié en la percepción corporal, el aquí y el ahora, la vivencia concreta, la singularidad y la libertad. Da cuenta de la relevancia del hombre como un ser que participa dentro de su entorno. El hecho de que enfatice en el holismo puede dar cabida a la importancia de la percepción en el plano interpretativo. La capacidad perceptiva establece principios que dan orden al mundo en el que interactuamos. La concepción de un todo funcional abarca la capacidad del ser humano de organizar los fragmentos de su realidad en un todo que tiene un sentido para el individuo. Aquí podemos dar paso al estructuralismo que nos explica como el funcionamiento del Yo, que se refleja en conductas constantes y características definidas, nos ayuda a conocer la naturaleza del hombre. Este conocimiento, fundamentado en la teoría de Kohler, Koffka y Wertheimer y desarrollado en la misma experiencia de F. Perls, ha influenciado a diversos modelos terapéuticos para volver su objeto de atención al ser humano, más que en las patologías. La famosa técnica de la silla vacía es utilizada también en la TCC para ubicar al paciente en la situación de malestar y determinar las situaciones, personas, sentimientos, deseos, necesidades y potencialidades que están en relación con el individuo. Esto ayuda al paciente a percibir su conflicto de manera completa y desarrollar una argumentación racional que explique las conductas y de alternativas más funcionales. Otras técnicas como el monodrama (propio de la Gestalt) y el psicodrama de Jacob Levy Moreno aportan al

modelo cognitivo conductual, pues ayuda al individuo a desarrollar la capacidad de darse cuenta y replantear el suceso en función a una interpretación más cónsona a la realidad evidente. Existe cierta similitud en los postulados, técnicas e interpretaciones del comportamiento, lo que puede dar apertura a la utilización de ciertas técnicas y postulados humanistas dentro de la TCC.

La utilización de estructuras terapéuticas puede enriquecer la práctica ya establecida como es el caso de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. A pesar de que tiene una base claramente psicoanalítica, no excluye la utilización de sistemas teóricos como el cognitivo conductual dentro de las sesiones. La consideración de la misma en la asimilación se basa en su estructura y manejo de pacientes en estado de urgencia, pues busca conceptualizar la situación, reducir síntomas (a pesar de que no es el objetivo primordial de esta intervención) y el trabajo comunicativo que se tiene con el paciente en cuanto a la conciencia de enfermedad. Su énfasis en la evolución del síntoma principal, los síntomas secundarios, los antecedentes y la formulación dinámica y estructural dan realce a la anamnesis de la historia clínica del paciente. A pesar de que esto es una descripción reducida, para la complejidad que es entender la psicoterapia breve, intensa y de urgencia, su influencia en cuanto a la organización de las sesiones e intervención dan cabida al reforzamiento de una estructura terapéutica más cimentada en la búsqueda, planeamiento, entendimiento e intervención progresiva del individuo.

Los aportes psicosociales son también provechosos en la TCC. Estos nos ayudan a entender la dimensión psicológica y social del individuo que busca resolver las crisis derivadas del contexto genético, cultural e histórico, las cuales están en constante interacción con el constructo de la personalidad, permitiendo el desarrollo del individuo.

Este potencial de crecimiento que el paciente tiene ante la resolución de una crisis es observado en la atención y manifestado a través de la ayuda terapéutica. De la resolución positiva de una crisis dialéctica emerge una fuerza, virtud o potencial específico en cada fase de desarrollo, mientras que de la no resolución de una crisis emerge una patología, un defecto o fragilidad específica. Erick Erickson, explica esto de manera más detallada en relación con las etapas de desarrollo y las crisis específicas para cada estadio psicosocial.

La TCC se torna una de las psicoterapias más utilizadas por los psicólogos por su naturaleza práctica, que ayuda a interactuar e integrar técnicas y postulados de otros enfoques. Llegará el tiempo en que se pueda hablar con más claridad y firmeza sobre la integración de modelos psicoterapéuticos, los cuales se podrán plasmar en los diversos estudios e intervenciones. Solo nos queda objetivar mucho más nuestros estudios para el mayor realce y desarrollo de la psicología.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO METODOLÓGICO**

## **1. Planteamiento del problema**

Los estados afectivos son características propias del ser humano que regulan el comportamiento en el entorno social y son indicadores observables de estabilidad personal. Las emociones son un factor importante en la vida cotidiana, a veces pasan desapercibidas o solo no se le da la debida profundidad en cuanto a la identificación de las mismas en el comportamiento humano. Esto puede llevarnos, en algunas situaciones, a consecuencias no muy satisfactorias. La toma de decisiones, el manejo de una situación estresante, las pérdidas afectivas, el malestar físico, los buenos o malos resultados en nuestras vidas; son experiencias que nos toca afrontar y es en el manejo de las emociones donde podemos determinar una adecuada reacción conductual. Desde el punto de vista sociológico, Denzin, define la emoción como “una experiencia corporal viva, veraz, situada y transitoria que impregna el flujo de conciencia de una persona, que es percibida en el interior de y recorriendo el cuerpo, y que, durante el trascurso de su vivencia, sume a la persona y a sus acompañantes en una realidad nueva y transformada – la realidad de un mundo constituido por la experiencia emocional” (como se cita en Bericat, 2012, p. 1). Es en esta misma experiencia emocional donde buscaremos el alcance de nuestro estudio, vinculándola con la experiencia externa del ser humano.

El hecho de enfrentarse a una realidad adversa, en esencia por la angustia que surge del mismo conflicto, puede genera mecanismos que busquen evitar el malestar, generando un conflicto inconcluso. Como resultado, el individuo busca alternativas compulsivas que dan un bienestar superficial, sin embargo, a largo plazo pueden dar forma a una psicopatología. El curso de este sistema de respuesta ante problemáticas ambientales da paso a trastornos de carácter afectivo, los cuales generan un malestar significativo no solo

a nivel emocional; pueden ocasionar un deterioro en la esfera social, laboral y familiar, generando incluso afectaciones físicas, desmejorando nuestra capacidad adaptativa y nuestras habilidades interpersonales. Se vislumbra aquí la importancia del manejo de las emociones como destreza determinante para el desarrollo del individuo, ya que puede ayudar a regular nuestras respuestas afectivas, sin embargo, ¿por qué a algunos individuos les cuesta más que a otros? Lo cierto es que, desarrollar esta habilidad lleva tiempo, incluso para algunos se vuelve una proeza, pues esta experiencia entra en contacto con los conflictos interpersonales y, si la intensidad de los mismos es notoria, llega a presentarse un dilema.

Podemos hasta aquí elaborar, de manera general, ciertas interrogantes que pueden ayudarnos a plantear de mejor forma nuestra problemática. ¿Cuáles son los factores específicos involucrados en la dinámica del manejo emocional? ¿Qué podemos hacer para intervenir en la problemática del manejo emocional? ¿Qué beneficios trae el estar consciente de las emociones que surgen en nuestra experiencia cotidiana? ¿Los individuos con problemas emocionales tienen las capacidades necesarias para desarrollar el manejo emocional? ¿Existe una estructura de atención para el desarrollo de esta habilidad? En definitiva, esto nos puede llevar al entendimiento de una problemática que, a pesar de su cotidianeidad, no es atendida.

Debemos tomar en cuenta la importancia de la relación social como factor de estabilidad afectiva, y analizar sus consecuencias en los patrones de comportamiento, que pueden venir de diferentes tipos de interacciones articuladas en el ambiente social. Según Vicente Caballo, las consecuencias pueden tener una serie de fuentes, incluyendo las relaciones sociales, las emociones, los acontecimientos ambientales, los factores



fisiológicos y las cogniciones (Caballo, 2007). Las conductas deseables o no deseables dependerán del tipo de experiencia, la edad del individuo, la estructura familiar y social, entre otros factores.

Ante esto, se ha propuesto una alternativa que ha sido desarrollada detenidamente para intervenir en el manejo de las emociones en pacientes con problemas emocionales. Es cierto que, hay modelos específicos con protocolos determinados para tratar los diferentes tipos de trastornos afectivos y a menudo centramos la atención en uno u otro modelo dependiendo del gusto o formación del profesional de la salud mental y la preferencia del propio paciente. No obstante, si pudiésemos adecuar las potencialidades de cada uno de estos modelos terapéuticos para el tratamiento de los problemas emocionales, tomando como base un modelo que pueda integrarlas, más que crear un eclecticismo en donde no hay una definición ideal o tendencia determinada, podemos elaborar un programa de atención con asimilación integrativa capaz de gestionar de manera adecuada la intervención psicológica. Sin embargo, en nuestro país no se ha percibido con claridad el desarrollo de la asimilación integrativa dentro de la investigación psicológica lo que puede limitar la búsqueda de contenidos adaptados a nuestro contexto. Tomando como referencias las investigaciones de Erskine, Opazo, Fernández, Norcross, Goldfried y otros autores que han buscado la integración de modelos, así como los autores de los modelos más importantes en psicoterapia, buscaremos resolver nuestra interrogante de investigación entendiendo al ser humano de manera más amplia a través de formas eficaces de abarcar el conocimiento de su comportamiento.

Ante la necesidad de buscar un mecanismo para abordar de manera eficaz los diversos problemas emocionales que pueden observarse en los pacientes que asisten a las

instituciones o clínicas especializadas para el manejo psicoterapéutico, nuestra pregunta de investigación es la siguiente:

*¿Qué efecto tiene un programa basado en la terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa para el manejo emocional en pacientes con problemas emocionales?*

Esta interrogante nos da la oportunidad de explorar la influencia de TCC con asimilación integrativa en el manejo emocional y determinar la eficacia de la misma en los problemas emocionales. La respuesta a la problemática planteada nos dará la capacidad de estructurar los cimientos para la elaboración de más programas con base cognitiva conductual que integren herramientas de otros enfoques terapéuticos. La TCC, nos servirá como eje integrador de la psicoterapia establecida para este trabajo, tomando en cuenta la complejidad del ser humano.

## **2. Objetivos**

### **a. Objetivo general.**

- Determinar el efecto que tiene un programa para el manejo emocional, basado en la terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa, en pacientes con problemas emocionales.

### **b. Objetivos específicos.**

- Seleccionar los candidatos para el programa para el manejo emocional, basado en

la terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa.

- Evaluar el nivel de afectación psicológica que tiene la muestra.
- Identificar los problemas emocionales que presenta la muestra.
- Elaborar un programa para el manejo emocional, basado en la terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa para pacientes con problemas emocionales.
- Aplicar un programa para el manejo emocional, basado en la terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa, a pacientes con problemas emocionales.
- Establecer una plataforma blog que brinde información sobre tareas y documentos referentes a las sesiones.
- Evaluar el progreso de los pacientes con problemas emocionales que participan en el programa para el manejo emocional, basado en la terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa durante las sesiones.
- Analizar las puntuaciones medias del pre-test y el pos-test de los pacientes con problemas emocionales que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa.

### **3. Hipótesis de investigación**

#### **Hipótesis 1**

**H<sub>1</sub>:** La terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa disminuye los problemas emocionales relacionados con la depresión en los pacientes.

## **Hipótesis 2**

**H<sub>T</sub>**: La terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa disminuye los problemas emocionales relacionados con la ansiedad en los pacientes.

## **Hipótesis 3**

**H<sub>T</sub>**: La terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa disminuye los síntomas que producen malestar psicológico general en los pacientes.

## **Hipótesis 4**

**H<sub>T</sub>**: La terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa aumenta el manejo emocional en los pacientes.

## **4. Hipótesis estadísticas**

### **Hipótesis 1**

**H<sub>0</sub>**: Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones mayores o iguales en el BDI-II luego de la intervención.

$$H_0: Mdn_A \leq Mdn_B$$

**H<sub>1</sub>**: Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones menores en el BDI-II luego de la intervención.

$$H_1: Mdn_A > Mdn_B$$

## **Hipótesis 2**

**H<sub>0</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones mayores o iguales en el IDARE - Estado luego de la intervención.

$$H_0: \text{Mdn}_A \leq \text{Mdn}_B$$

**H<sub>1</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones menores en el IDARE - Estado luego de la intervención.

$$H_1: \text{Mdn}_A > \text{Mdn}_B$$

## **Hipótesis 3**

**H<sub>0</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones mayores o iguales en el IDARE - Rasgo luego de la intervención.

$$H_0: \text{Mdn}_A \leq \text{Mdn}_B$$

**H<sub>1</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones menores en el IDARE - Rasgo luego de la intervención.

$$H_1: \text{Mdn}_A > \text{Mdn}_B$$

#### **Hipótesis 4**

**H<sub>0</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones mayores o iguales en el SCL-90-R luego de la intervención.

$$H_0: \text{Mdn}_A \leq \text{Mdn}_B$$

**H<sub>1</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones menores en el SCL-90-R luego de la intervención.

$$H_1: \text{Mdn}_A > \text{Mdn}_B$$

#### **Hipótesis 5**

**H<sub>0</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones menores o iguales en el MSCEIT-Manejo emocional luego de la intervención.

$$H_0: \text{Mdn}_A \geq \text{Mdn}_B$$

**H<sub>1</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones mayores en el MSCEIT-Manejo emocional luego de la intervención.

$$H_1: \text{Mdn}_A < \text{Mdn}_B$$

## **5. Tipo de estudio**

El tipo de estudio es explicativo, pues busca evaluar el efecto que tiene la terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa para el manejo emocional en pacientes con problemas emocionales, haciendo mediciones al mismo grupo antes y después del tratamiento.

## **6. Identificación de las variables**

### **a. Variable independiente.**

- Terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa

### **b. Variable dependiente.**

- Problemas emocionales relacionados con la depresión
- Problemas emocionales relacionados con la ansiedad
- Malestar psicológico general
- Manejo emocional

## **7. Definición conceptual de las variables**

### **a. Variable independiente.**

*Terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa para el manejo emocional:* conjunto de técnicas y alternativas de atención psicológica que toma como eje integrador la terapia cognitivo conductual para la atención y mejoramiento del manejo emocional. Según Norcross & Goldfried (2005), la asimilación integrativa:

...conlleva una base sólida en un sistema de psicoterapia, pero con la voluntad de incorporar (asimilar) de manera selectiva las prácticas y puntos de vista de otros sistemas. Al hacerlo, la integración asimilativa combina las ventajas de un sistema teórico único y coherente con la flexibilidad de una gama más amplia de intervenciones técnicas de múltiples sistemas. (p. 10).

#### **b. Variables dependientes.**

*Problemas emocionales relacionados con la depresión:* aquellos estados en los cuales las reacciones emocionales y cognitivas se manifiestan hacia el propio sujeto, cuya revelación puede ser en forma depresiva, caracterizados por la alta contención de los impulsos (como se citó en Hernández, 2016).

*Problemas emocionales relacionados con la ansiedad:* aquellos estados en los cuales las reacciones emocionales y cognitivas se manifiestan hacia el propio sujeto, cuya revelación se da en forma de ansiedades, caracterizados por la alta contención de los impulsos (como se citó en Hernández, 2016).

*Malestar psicológico general:* problema de salud mental que, aunque no constituye una patología psiquiátrica, produce un conjunto de respuestas que alteran el funcionamiento normal de las personas, por lo que se analizan sus características y principales manifestaciones (Mosqueda et al., 2016).

*Manejo emocional:* capacidad de autorregulación y conciencia de los estados afectivos y de comportamiento de un individuo y de los otros, que corresponde a las



necesidades de estabilidad y bienestar que son perturbadas por desequilibrios a nivel contextual o personal. En el MSCEIT lo definen como “la capacidad de abrirse a los sentimientos y de modularlos en uno mismo y en los demás, así como de promover la comprensión personal y el crecimiento.” (Mayover, Salovey y Caruso, 2016, p. 23).

## **8. Definición operacional de las variables**

### **a. Variable independiente.**

*Terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa para el manejo emocional:* programa de 12 sesiones, cada una con sus respectivos objetivos, con dos sesiones individuales de aproximadamente 45 min y 10 sesiones grupales de aproximadamente dos horas, una vez por semana en un salón audiovisual con material didáctico y un blog virtual con tareas y documentos para las sesiones.

### **b. Variables dependientes.**

*Problemas emocionales relacionados con la depresión:* Inventario de depresión de Beck-II con sus preguntas, las respuestas brindadas por los pacientes y el manual de corrección.

*Problemas emocionales relacionados con la ansiedad:* Inventario de ansiedad Rasgo - Estado con sus preguntas, las respuestas brindadas por los pacientes y el manual de corrección.

*Malestar psicológico general:* el Inventario de síntomas SCL-90-R con sus preguntas, las respuestas brindadas por los pacientes y el manual de corrección.

*Manejo emocional:* preguntas de cada Escalas del Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso con sus preguntas, las respuestas brindadas por los pacientes y el manual de corrección.

## **9. Diseño de investigación**

Esta investigación se abordó con un diseño cuasiexperimental, puesto que manipuló deliberadamente la variable independiente para ver su efecto en la variable dependiente y se trabajó con un solo grupo conformado de manera no aleatoria, con sujetos voluntarios.

## **10. Población y selección de la muestra**

### **a. Delimitación de la unidad de análisis.**

En el caso de esta investigación nuestra unidad de análisis son adultos con problemas emocionales o trastornos que involucran un malestar emocional, los cuales se les aplicó una batería de pruebas para medir el manejo emocional y los síntomas relacionados a los problemas emocionales.

### **b. Criterio de inclusión.**

Con el fin de delimitar los parámetros de la muestra de este estudio, las características buscadas en la población fueron las siguientes: adultos con edades entre 18 a 55 años, que no tuvieran ninguna enfermedad incapacitante, con disponibilidad para asistir a las sesiones, que supieran utilizar internet y manejaran smartphones, que

presentaran problemas emocionales significativos relacionados con los trastornos de depresión, de ansiedad o algún malestar psicológico general, y los cuales firmasen un contrato terapéutico y un consentimiento informado.

**c. Requisitos de mantenimiento.**

Las personas que se mantuvieron en el estudio son las que pudieron asistir a por lo menos nueve sesiones del programa, cumplieron con los requisitos conductuales establecidos en el contrato y no presentaron dificultades médicas ni psiquiátricas antes o en medio de las sesiones.

**d. Selección de la muestra.**

No probabilística, sujetos voluntarios.

**11. Estadístico de estudio**

Para el análisis estadístico y la prueba de hipótesis se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras emparejadas, pues una única muestra ha sido evaluada dos veces, antes y después del tratamiento (pres-test y post-test) y no se toma en cuenta el supuesto de distribución normal.

**12. Recolección de los datos: instrumentos.**

**a. El Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II).**

Es un test que busca medir el nivel de depresión del individuo. Es de fácil

administración, por lo cual el sujeto no presenta complicaciones al utilizarlo. Tiene una duración de 5 o 10 minutos aproximadamente. Los pacientes con depresión severa o algún trastorno relacionado con la obsesión tienen probabilidad de requerir más tiempo. El instrumento consta de 21 grupos de enunciados relacionados con las siguientes denominaciones: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio fatiga y pérdida de interés en el sexo. La confiabilidad del test es de 0.92. Guarda correlación con escalas como el MMPI-II (0.58), la subescala de depresión (0.81) y la subescala de ansiedad (0.63) del SCL-90-R, el MSCEIT (-0.33) y el Inventario de ansiedad Rasgo-Estado (0.58). La puntuación se distribuye de la siguiente manera: de 0 a 13 se encuentra el rango de depresión mínimo, de 14 a 19 se encuentra el rango de depresión leve, de 20 a 28 es el rango de depresión moderado y de 29 a 63 es el rango de depresión severo.

#### **b. Inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).**

Este inventario está compuesto por dos escalas de autoevaluación separadas. Se utilizan para medir dos dimensiones la ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) y la ansiedad-Estado (A-Estado). La escala A-Rasgo, consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los individuos seleccionar, en función a los enunciados, lo frecuente de las situaciones en su conducta general. La escala A-Estado, también consiste en veinte afirmaciones en donde el individuo indica cómo se siente en el momento. La aplicación puede durar de 15 a 20

minutos. La confiabilidad de A-Estado se encuentra entre el 0.83 y 0.92, mientras que el A-Rasgo esta entre el 0.86 y el 0.92.

El nivel de ansiedad del inventario está distribuido en rangos de medio, bajo y alto en ambos tipos de ansiedad. Una puntuación por debajo de 30 indica ansiedad baja, entre 30 a 44 indicia ansiedad media y por encima de 45 indica ansiedad alta.

### **c. Inventario de síntomas SCL- 90-R.**

Este inventario se ha desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y es utilizado para la evaluación de tareas comunitarias y el diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 ítems que lo integran se contesta sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| 1) Somatizaciones (SOM)               | 8) Ideación Paranoide (PAR)              |
| 2) Obsesiones y Compulsiones<br>(OBS) | 9) Psicoticismo (PSIC)                   |
| 3) Sensitividad Interpersonal (SI)    | 1) Índice Global de Severidad (IGS)      |
| 4) Depresión (DEP)                    | 2) Índice Positivo de Malestar<br>(PSDI) |
| 5) Ansiedad (ANS)                     | 3) Total de Síntomas Positivos (TP)      |
| 6) Hostilidad (HOS)                   |  |
| 7) Ansiedad Fóbica (FOB)              |  |

De manera general, una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin dificultad. Cuando el individuo presenta problemas en la lectura se le puede leer las preguntas. Su duración es de aproximadamente quince minutos. En la aplicación se le pide a la persona que responda en base a cómo se ha sentido durante los últimos siete días hasta la actualidad. Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90-R. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años. La duración de la prueba es de 12 a 20 minutos. La consistencia interna de este instrumento está entre 0.79 y 0.90. La confiabilidad del instrumento test-retest se encuentra entre 0.68 y 0.80. La particularidad de este test es las correlaciones que tiene la subescala de depresión del SCL-90-R con el Inventario de Depresión de Beck (0.73-0.80), la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (0.81) y el Inventario de Depresión para Niños (0.58). En cuanto la subescala de ansiedad de la prueba tiene correlación con el Inventario de ansiedad de Beck (0.37). La subescala obsesivo compulsivo tiene una correlación con pruebas como la Escala de Obsesión Compulsión de Maundsley (0.41) y la Escala de Obsesión Compulsión de Yale-Brown (0.76). Con el MSCEIT tiene una correlación en la ansiedad rasgo (-0.38) y la ansiedad estado (-0.28) del IDARE.

En cuanto a las puntuaciones, un puntaje T mayor o igual a 63 indica malestar psicológico significativo.

#### ***i. Dimensiones de síntomas.***

Las dimensiones se definieron en base a criterios clínicos, racionales y empíricos:

*Somatizaciones:* evalúa la presencia de malestares que la persona percibe

relacionados con diferentes disfunciones corporales como problemas cardíacos, respiratorios o digestivos.

*Obsesiones y Compulsiones:* esta dimensión, se relaciona con síndromes clínicos relacionados con pensamientos, actos e impulsos que son experimentados como imposibles de evitar o no deseados.

*Sensitividad Interpersonal:* esta dimensión, busca detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, de manera especial cuando la persona busca compararse con sus semejantes.

*Depresión:* los ítems que integran esta dimensión representan una muestra significativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas.

*Ansiedad:* evalúa los signos generales de la ansiedad (temor, ataques de pánico, nerviosismo, tensión).

*Hostilidad:* esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

*Ansiedad Fóbica:* este malestar hace referencia a una respuesta persistente de miedo específico que es irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

*Ideación Paranoide:* evalúa comportamientos paranoides fundamentados, desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

*Psicoticismo:* esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

**d. Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT).**

El MSCEIT es un test de inteligencia emocional entendida como una aptitud. Esto quiere decir que algunas respuestas no son mejores que otras y, por tanto, algunas personas pueden mostrar más aptitud que otras en las tareas del test. No existe una única forma de sentirse que sea la correcta o la más adecuada. Esta prueba pretende medir la aptitud para identificar, facilitar, comprender y manejar las emociones. No hay una única respuesta correcta, sino que estas se han graduado en función del nivel de corrección. Así, algunas respuestas dan lugar a una mayor puntuación que otras.

Una vez que se han puntuado todas las partes del MSCEIT, es posible indicar cuál es el nivel de aptitud en cada área. Las puntuaciones se agrupan en distintos rangos, para poder interpretar los resultados de mejor manera. Estos rangos de puntuaciones son una estimación de la aptitud real del evaluado, ordenados de menor a mayor aptitud. A continuación, se define cada rango:

*Necesita Mejorar:* el individuo presenta algunas dificultades en esta área. Seguramente le resultaría útil mejorar sus habilidades y conocimientos.

*Aspecto a Desarrollar:* se considera la posibilidad de mejorar en esta área si es un aspecto importante en la vida cotidiana del individuo.



*Competente:* el individuo posee habilidades suficientes para desenvolverse en esta área con cierto éxito.

*Muy competente:* el individuo tiene esta área bastante desarrollada y constituye un punto fuerte en la persona.

*Experto:* tiene esta área muy desarrollada. Su puntuación sugiere que tiene una elevada aptitud y potencial en ella.

***i. Sus puntuaciones en contexto.***

Es importante recordar que toda medida psicológica conlleva una imprecisión en relación con los resultados inherentes a la población. Los resultados no solamente pueden reflejar la aptitud de un sujeto, también pueden mostrar otros factores que no necesariamente se tomarán en cuenta en la medición del mismo test, no obstante, pueden ser importantes para el análisis e interpretación de los mismos. Por consiguiente, las habilidades medidas en este test no son estáticas, más bien pueden presentar un umbral de mejoría en el sujeto que, teniendo el conocimiento de su estado actual, puede desarrollar las actividades necesarias para potenciar las habilidades que presentan deficiencias.

***ii. Las preguntas del MSCEIT.***

Los distintos componentes que evalúa el MSCEIT se han elegido para obtener una medida estable de las aptitudes emocionales. La evaluación proporciona una medida confiable de las habilidades emocionales que se relacionan con diversos aspectos del rendimiento laboral, escolar y familiar, aunque no son directamente relevantes en relación con su actividad habitual.

### **iii. Estructura del MSCEIT.**

El modelo de inteligencia emocional en que está basado el MSCEIT, entiende que la inteligencia emocional está constituida por cuatro aptitudes relacionadas.

Para evaluar estas aptitudes el MSCEIT proporciona diversas puntuaciones:

*Puntuación total del MSCEIT:* es un resumen que integra las puntuaciones de las cuatro aptitudes y, por tanto, refleja su nivel global de inteligencia emocional. Esta información puede resultar útil como indicador general, sin embargo, se puede conocer las puntuaciones individuales en cuanto a las destrezas y debilidades.

*Percepción Emocional:* evalúa la aptitud para identificar correctamente cómo se sienten las personas.

*Facilitación Emocional:* evalúa la aptitud para crear emociones y para integrar los sentimientos en la forma de pensar.

*Comprensión Emocional:* evalúa la aptitud para comprender las causas de las emociones.

*Manejo Emocional:* evalúa la aptitud para generar estrategias eficaces dirigidas a utilizar las emociones de forma que ayuden a la consecución de las propias metas, en lugar de verse influido por las propias emociones de forma imprevisible.

### **iv. Puntuaciones de las tareas.**

En total hay ocho tareas:

*Percepción Emocional:* caras y dibujos.

*Facilitación Emocional:* facilitación y sensaciones.

*Comprensión Emocional:* cambios y combinaciones.

*Manejo Emocional:* manejo emocional y relaciones emocionales.

Es importante señalar que las puntuaciones se presentan como CI (coeficiente de inteligencia) con los que se corrobora el nivel de competencia que el individuo experimenta en las diversas dimensiones que evalúa el MSCEIT. Las puntuaciones son distribuidas en rangos que proporcionan un nivel de inteligencia en las diversas dimensiones. Menos del 70 se considera una persona que necesita mejorar, del 70 al 89 la persona puede mejorar, del 90 al 110 existe competencia, del 111 al 130 la persona es muy competente y más de 130 se considera a la persona experta en las dimensiones de la inteligencia emocional.

La prueba tiene una confiabilidad del 0.95 en la puntuación total, un 0.93 en el área experiencial y un 0.93 en el área estratégica. La confiabilidad en función a las ramas que evalúa el test se encuentra entre el 0.74 y el 0.93. La percepción emocional tiene una confiabilidad de 0.93, la facilitación emocional presenta un 0.74, la comprensión emocional un 0.83 y el manejo emocional un 0.85. El MSCEIT presenta una correlación con el BDI-II de -0.33 y el IDARE de -0.31. Estas correlaciones son inversamente proporcionales, es decir al aumentar una puntuación bajará la otra. Utilizaremos en este estudio solo la dimensión de manejo emocional.

### 13. Programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa en pacientes con problemas emocionales.

El Programa consta en total de 12 sesiones. En la primera sesión, se realiza la entrevista. En la segunda la evaluación, en donde se aplica el BDI-II, el IDARE, el SCL-90-R y el MSCEIT. Las 10 sesiones que le siguen son de tratamiento tomando en cuenta las dos últimas sesiones que son de seguimiento. Las primeras dos sesiones son individuales y las 10 que le siguen son grupales. A continuación, presentamos el esquema de sesiones, la estructura general de las sesiones de intervención y la estructura integrativa según modelos de intervención:

Tabla 1

#### *Esquema de sesiones*

Sesión 1	Sesión de Entrevista: Individual
Sesión 2	Sesión de Evaluación: Individual
Sesión 3	Intervención: Grupal
Sesión 3	Intervención: Grupal
Sesión 4	Intervención: Grupal
Sesión 6	Intervención: Grupal
Sesión 7	Intervención: Grupal
Sesión 8	Intervención: Grupal
Sesión 9	Intervención: Grupal
Sesión 10	Intervención: Grupal
Sesión 11	Intervención: Grupal
Sesión 12	Intervención: Grupal

Tabla 2

#### *Esquema general de sesiones.*

Intervención	Receso	Intervención y cierre
50 min	10 min	60 min

*Nota:* en las dos primeras sesiones la duración varía.

Tabla 3

*Esquema de intervención*

Etapa de Estudio	Intervención Modelos y Técnicas de grupo: Cognitivo Conductual. Conductual. Psicosocial.	Intervención Modelos y Técnicas de grupo: Psicosocial. Gestalt. Cognitivo Conductual.	Intervención Modelos y Técnicas de grupo: Psicoterapia breve, intensa y de urgencia Humanista.	Sesión de Reforzamiento, Prevención de Recaídas y Cierre
Sesiones: 1,2	Sesiones: 3,4,5	Sesiones: 6,7,8	Sesiones: 9,10,11	Sesiones: 12

*Nota:* Las sesiones se integrarán unas con otras, es decir, finalizando la intervención de un grupo de modelos utilizados en varias sesiones, seguirán otras técnicas de otros modelos, no obstante, no significa que no se pueda volver a utilizar o integrar alguna técnica de un modelo ya presentado. Recordando siempre que la base de atención es el modelo cognitivo conductual. Este esquema se muestra, más que todo, para fines didácticos.

Se destaca la utilización de un blog de tareas, que fue creado para que el paciente vea las asignaciones, textos recomendados e información brindada en cada sesión de manera paulatina dentro del proceso terapéutico. Se trabajó una intervención integrativa teniendo en cuenta nuestra base cognitiva conductual y asimilando postulados y técnicas humanistas, psicosociales, conductuales y de la psicoterapia breve, intensa y de urgencias. A través de la utilización de las estrategias desarrolladas se abordó la problemática emocional de cada paciente. Cada sesión tuvo una duración de 2 horas aproximadamente, exceptuando las primeras dos sesiones que fueron de aproximadamente 45 minutos. Todas las sesiones constan de varios objetivos que se trabajaron bajo un esquema de tratamiento, sin embargo, su estructura fue flexible de modo que el encargado del programa pudo adaptar la intervención en función a las necesidades de los pacientes. Los pacientes fueron seleccionados en función a los criterios de inclusión y se trabajó con personas voluntarias.

En este estudio, se seleccionó 11 pacientes de los cuales 8 terminaron el programa.

Entre los recursos didácticos que se utilizaron se encuentran: proyectores multimedia, vídeos, tableros, música para relajación, colchonetas, entre otros. Los participantes firmaron un consentimiento informado donde se documenta la responsabilidad de cada parte y un contrato terapéutico donde se establecen ciertas pautas en relación con las sesiones. A continuación, se presentará un resumen general de cada sesión:

### **Primera sesión (Individual).**

#### **Objetivos:**

- Delimitar el motivo de consulta.
- Recabar información sobre la situación de los pacientes.
- Identificar los signos y síntomas de los pacientes.
- Identifica las habilidades sociales o de afrontamiento que los pacientes han utilizado en medio de sus problemáticas.
- Explorar el mantenimiento de los problemas afectivos.
- Realizar una devolución coherente a lo acontecido en la entrevista.
- Explicar la elaboración de un documento de autoinforme conductual.

#### **Descripción general de la sesión:**

En esta sesión, se realizó la entrevista a los pacientes para obtener un perfil primario de la sintomatología, además de identificar las estructuras sociales y las diversas áreas dentro de la estructura personal que están afectadas, dándole así forma al motivo de consulta de cada paciente. Se observaron las habilidades sociales que cada individuo posee

para establecer una base inicial de desarrollo. Se dio una devolución a cada entrevistado.

Al finalizar se les explicó la elaboración de un autoinforme, para así introducir las herramientas que se utilizarán en el transcurso de las sesiones, motivando la asistencia.

#### **Tareas del paciente:**

1. Llevar un autoinforme de la conducta.

#### **Segunda sesión (Individual).**

##### **Objetivos:**

- Aplicar el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), el Inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE) y el SCL-90-R y el Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT).
- Introducir en el trabajo terapéutico y el esquema de sesiones.
- Introducir el modelo de atención terapéutica.

##### **Descripción general de la sesión:**

La sesión se dio de manera individual. Se aplicó el BDI-II, el IDARE y el SCL-90-R. Además, se realizó la evaluación del manejo emocional, a través del Test de Inteligencia emocional MSCEIT. Se procedió a explorar las inquietudes de los pacientes en cuanto a las sesiones y la evaluación. Luego, se introdujo el esquema de sesiones y el modelo de atención terapéutica, a través de diapositivas con información correspondiente al programa. Se atendió nuevamente a las inquietudes de los pacientes y se les pidió que continuaran

con el registro conductual, para así empezar la utilización de una agenda terapéutica.

**Tareas del paciente:**

1. Llevar un autoinforme de la conducta.
2. Traer agenda para la terapia.

**Tercera sesión (Grupal).**

**Objetivos:**

- Realizar una dinámica de integración.
- Presentar la problemática a trabajar; los problemas emocionales y el propósito de la terapia grupal.
- Presentar el reglamento de la terapia grupal.
- Presentar el modelo de atención con asimilación integrativa de manera formal.
- Identificar y analizar el estilo de afrontamiento ante una situación ejemplo.
- Introducir en el entrenamiento para la identificación de las emociones.
- Introducir a la Terapia Cognitivo Conductual (TCC)
- Explicar sobre el blog de terapia.
- Entregar y explicar el consentimiento informado y el contrato terapéutico para que los pacientes lo firmen.

**Descripción general de la sesión:**

En esta sesión, después de una dinámica de integración, se presentó de manera



formal el programa de manejo emocional, a través de la terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa. Se explicó, desde la problemática a tratar, la estructura, mecanismo y logística de las sesiones de intervención, así como el propósito de las sesiones grupales, las cuales, buscan el mejoramiento del manejo emocional y los problemas emocionales. Se presentó el reglamento de las sesiones, del cual se destacaron ciertos aspectos que ayudaron a la dinámica de cada sesión; todo esto presentado con la ayuda de diapositivas. Luego, se identificó el modo de afrontamiento que el grupo de pacientes presentaba. De allí, se pudo empezar, bajo la base de la experiencia, la identificación de las emociones del grupo estableciendo el rapport necesario e interviniendo a través de la psicoeducación de la emoción. La terapia racional emotiva conductual, fue una de las bases para el entendimiento del esquema cognitivo de la emoción. Se les explicó sobre las implicaciones éticas y las responsabilidades del paciente y el terapeuta, para posteriormente brindar el documento de consentimiento informado y el contrato terapéutico. Al finalizar, se les pidió ingresar al blog de terapia en donde se presentaron las asignaciones, documentos de ayuda e información necesaria para la sesión. Se les asignó registrar situaciones en las que han presentado malestar emocional.

#### **Tareas del paciente:**

1. Ingresar al blog de terapia.
2. Registrar en la agenda de terapia las situaciones que le generan malestar emocional.

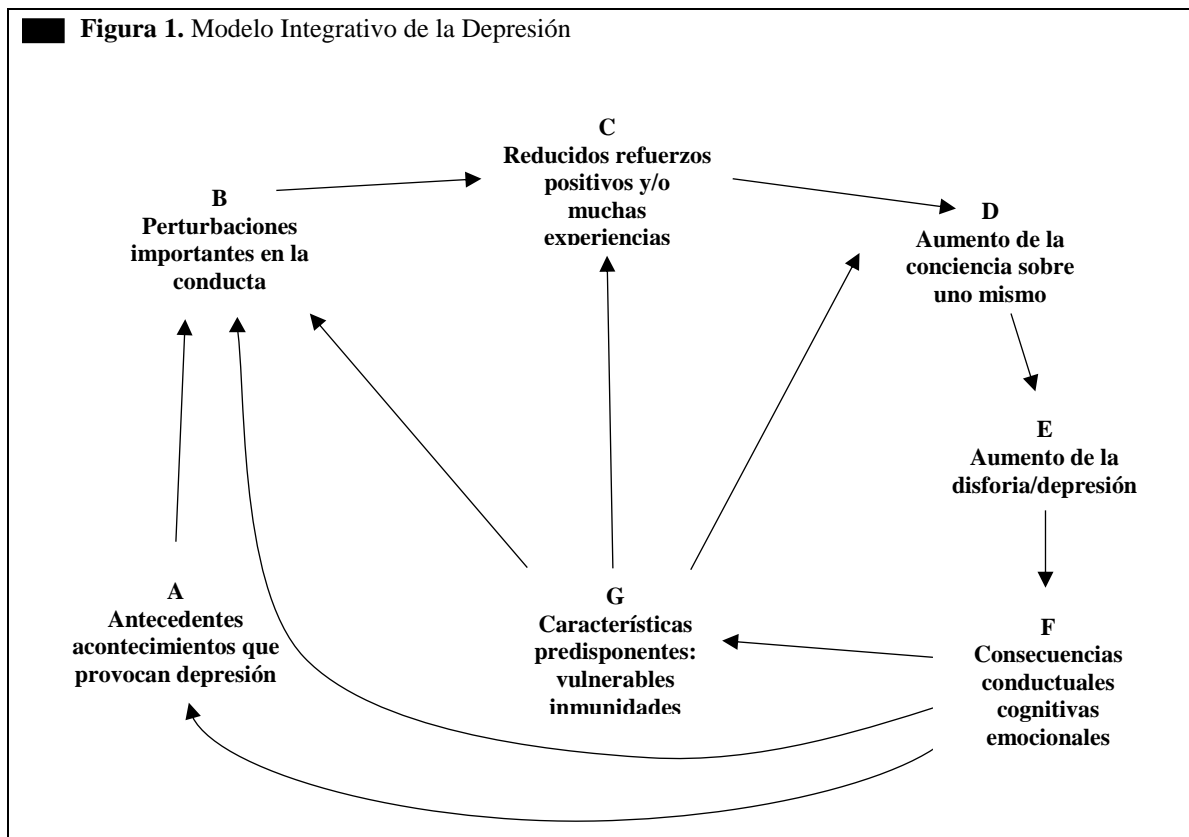
#### **Cuarta sesión (Grupal).**

##### **Objetivos:**

- Revisar las tareas presentadas en la sesión anterior.
- Realizar psicoeducación sobre los diversos tipos de problemas emocionales.
- Realizar una psicoeducación sobre la activación de los estados emocionales desde el punto de vista existencial.
- Explicar un modelo integrativo de la activación emocional.
- Presentar una situación ejemplo donde se identifique el estilo de afrontamiento del grupo y los pasos de la activación emocional.
- Invitar a que dos pacientes presenten de manera voluntaria una situación y utilizar la estructura de la Terapia racional emotiva y conductual (TREC) y la Terapia cognitiva (TC).
- Psicoeducar sobre los estilos de afrontamiento.
- Invitar a continuar llenando el registro emocional por medio del esquema cognitivo e identificar dentro de la situación que produce malestar los pasos del modelo integrativo de la activación conductual.

##### **Descripción general de la sesión:**

En la sesión, se dio una retroalimentación de la sesión anterior. Luego, se realizó la psicoeducación tomando en cuenta la estructura de activación, física, cognitiva en interacción con el ambiente social. Se explicó el modelo integrativo de la activación emocional basado en el modelo integrativo de la depresión:



Fuente: Caballo, 1997.

Entendiendo que, muchas de las características de los pacientes reflejan estados depresivos, podemos también tomar este esquema como modelo para comprender otros estados emocionales. A través de la comprensión del esquema presentado, trabajamos por medio de un caso ejemplo el estilo de afrontamiento, identificando las potencialidades y deficiencias del grupo y definiendo las características de la situación; utilizando la TREC y TC como herramientas de afrontamiento. Se presentó los tipos de estilo de afrontamiento desde el modelo psicosocial que puede presentar la persona ante algún conflicto. Al finalizar la sesión, se animó al paciente a seguir completando el registro emocional e identificar cómo se activa el malestar emocional en la situación personal, además de determinar qué tipo de afrontamiento utiliza.

**Tareas del paciente:**

1. Continuar el registro emocional.
2. Identificar cómo se activa el malestar emocional en la situación actual.
3. Identificar el estilo de afrontamiento que ha utilizado con frecuencia durante situaciones que generen malestar emocional.

**Quinta sesión (Grupal).****Objetivos:**

- Revisar las tareas presentadas en la sesión anterior.
- Entrenar en la identificación de las emociones, el darse cuenta de la emoción dominante que causa malestar emocional.
- Identificar el tipo de situaciones que puede experimentar el paciente en el ambiente cotidiano.
- Identificar los diferentes tipos de pensamientos que se generan tras la interacción social.
- Invitar a que dos pacientes presenten de manera voluntaria una situación y utilizar la estructura de la TREC.
- Psicoeducar sobre los errores de pensamientos y las creencias irracionales.
- Psicoeducar sobre los tipos de estrategias de afrontamiento.
- Invitar a dos pacientes a presenta de manera voluntaria una situación y utilizar la estructura de la TREC y las estrategias de afrontamiento.

- Invitar a continuar llenando el registro emocional, trabajar las situaciones conflictivas utilizando las estrategias de afrontamiento aprendidas.
- Revisar el blog de tratamiento.

### **Descripción general de la sesión:**

Después de revisar y reforzar el conocimiento de la sesión anterior, se trabajó en el entrenamiento para la identificación de las emociones, donde se enfatizó en el darse cuenta de la emoción dominante. Luego, se abordaron los tipos de situaciones que se pueden presentar en el ambiente cotidiano: los problemas inmediatos que están basados en la realidad y son modificables, los problemas inmediatos que se basan en la realidad, pero que no son modificables y los acontecimientos que no se basan en la realidad y por consiguiente no son modificables. A partir del conocimiento adquirido, se procedió a la psicoeducación sobre los tipos de pensamiento que genera una interacción social, para luego invitar a dos voluntarios a presentar la problemática personal de una situación experimentada. Se abordó esta situación, a través de la TREC y las intervenciones cognitivas, motivando el debate de los miembros del grupo para la resolución del problema. Atendiendo a esto, se presentaron los errores de pensamiento, las creencias irracionales y las estrategias de afrontamiento para el manejo de los conflictos gestados en la interacción social y nuevamente se abordaron las situaciones presentadas por los pacientes utilizando el conocimiento aprendido en la sesión. Al finalizar, se invitó a continuar llenando el registro emocional, a trabajar las situaciones conflictivas utilizando las estrategias de afrontamiento aprendidas, revisar el blog de tratamiento donde se entregó documentación sobre los errores de pensamiento y las creencias irracionales y se les pidió traer una

colchoneta y una almohada para trabajar una técnica de relajación la sesión posterior.

**Tareas del paciente:**

1. Continuar el registro emocional.
2. Trabajar las situaciones conflictivas, utilizando las estrategias de afrontamiento aprendidas.
3. Traer colchoneta y almohada.
4. Revisar el blog de tratamiento.

**Sexta sesión (Grupal).**

**Objetivos:**

- Revisar las tareas presentadas en la sesión anterior.
- Invitar a que dos pacientes presenten de manera voluntaria una situación y utilizar la estructura de la TREC y las estrategias de afrontamiento aprendidas.
- Psicoeducar sobre la regulación emocional como técnica de afrontamiento.
- Utilizar la relajación muscular progresiva (RMP) de Jacobson e imaginería como técnicas de afrontamiento para situaciones que ocasionen malestar.
- Utilizar la técnica psicosocial de la colcha de retazo.
- Invitar nuevamente a los pacientes que presentaron su situación y establecer el nuevo estilo de afrontamiento que han concebido.
- Invitar a continuar llenando el registro emocional, trabajar las situaciones conflictivas, utilizando las estrategias de afrontamiento aprendidas y revisar el blog

de tratamiento para ver la documentación sobre la sesión.

### **Descripción general de la sesión:**

Después de la revisión de los conflictos en el esquema de la TREC, las estrategias de afrontamiento y repasar las intervenciones cognitivas, se tomó la primera parte de la sesión para trabajar en la psicoeducación de la regulación emocional, trabajando en los tres tipos de situaciones presentadas en la sesión anterior. En la segunda parte, se trabajó la regulación muscular progresiva de Jacobson, en donde se les pidió que tomaran su colchoneta y se acostaran atendiendo a las instrucciones que el encargado daba, vivificando una escena de la experiencia que le causase malestar y luego volver a la relajación. Luego de la relajación e imaginación, se les pidió que se incorporaran y compartieran la experiencia con los compañeros de sesión. Se procedió a introducir las técnicas psicosociales sus características y beneficios. La colcha de retazos fue la primera técnica, la cual consistía en una construcción individual sobre un tema tomando como analogía a la colcha de retazos y así poner en evidencia sentimientos expresiones y vivencias de cada paciente para que ellos experimentaran y reconocieran sus sentimientos y la de los otros en la vida cotidiana. De esa manera, se buscó desarrollar la capacidad para el reconocimiento de las emociones y la empatía hacia los otros. La sesión terminó presentando nuevamente las situaciones de los pacientes voluntarios y entre todos dar alternativas para afrontar la problemática, tomando en cuenta lo aprendido en las sesiones. Se pidió continuar el registro emocional, utilizar las técnicas aprendidas y revisar el blog de tratamiento.

**Tareas del paciente:**

1. Continuar el registro emocional.
2. Trabajar las situaciones conflictivas, utilizando las estrategias de afrontamiento aprendidas.
3. Revisar el blog de tratamiento.

**Séptima sesión (Grupal).****Objetivos:**

- Revisar las tareas presentadas en la sesión anterior.
- Invitar a que dos pacientes presenten de manera voluntaria una situación y enfocar el debate desde el punto de vista de la experiencia, desde la autoobservación de las emociones, los pensamientos y el ambiente social.
- Incentivar al debate de la experiencia dando aportación y sus experiencias entorno a la implementación de las técnicas de afrontamiento que han utilizado.
- Utilizar la técnica de mural de situaciones.
- Invitar a continuar llenando el registro emocional, trabajar las situaciones conflictivas, utilizando las estrategias de afrontamiento aprendidas y revisar el blog de tratamiento para ver la documentación sobre la sesión.

**Descripción general de la sesión:**

Dentro de la dinámica normal de la sesión, se invitó a pacientes voluntarios, preferiblemente que no habían participado, para que presentaran sus situaciones. En esta



ocasión, se les pidió que se centraran en sus emociones, los pensamientos y el ambiente social, enfatizando en este último para contextualizar la situación. De aquí, se motivó a que todos podíamos aportar a la experiencia social, a través de preguntas y habilitando un espacio para que tanto los pacientes voluntarios como los otros pudiesen debatir y sugerir alternativas de afrontamiento. Se presentó la técnica de mural de situaciones, la cual se inicia de forma individual, a través de tarjetas y el dibujo. Cada paciente, registra situaciones específicas, espacios, actores, tiempos, objetos y símbolos que representarán lo que sucede en su vida cotidiana; todo esto, fue guiado por el facilitador de la sesión. Luego, se realizó el proceso de socialización del ejercicio, a través de la construcción de un mural público y la descripción voluntaria del mismo. Al final, se hizo una conclusión de la experiencia y se invitó a que reflexionarían en la conclusión grupal y sobre el sentido de cada experiencia. Se pidió continuar el registro emocional, utilizando las técnicas aprendidas, además de traer una colchoneta y una almohada para la próxima sesión y revisar el blog de tratamiento.

#### **Tareas del paciente:**

1. Continuar el registro emocional.
2. Trabajar las situaciones conflictivas utilizando las estrategias de afrontamiento aprendidas.
3. Traer colchoneta y almohada.
4. Revisar el blog de tratamiento.

## **Octava sesión (Grupal).**

### **Objetivos:**

- Revisar las tareas presentadas en la sesión anterior.
- Presentar el avance en el manejo emocional de cada paciente.
- Invitar a dos pacientes para que presenten de manera voluntaria una situación y enfocar el debate desde el punto de vista de la experiencia, la autoobservación de las emociones, los pensamientos y el ambiente social.
- Psicoeducar en técnicas de asertividad.
- Realizar ensayos conductuales sobre el asertividad.
- Realizar RMP de Jacobson, utilizar la técnica de imaginería y utilizar las técnicas de afrontamiento aprendidas.
- Introducir la técnica psicosocial de la cartografía.
- Invitar a continuar llenando el registro emocional, trabajar las situaciones conflictivas utilizando las estrategias de afrontamiento aprendidas y revisar el blog de tratamiento para ver la documentación sobre la sesión.

### **Descripción general de la sesión:**

Al empezar la sesión, luego del repaso de la anterior, se entregó un pequeño informe en donde se mostró el avance del manejo emocional de cada paciente, basado en el registro emocional que se empezó a llenar desde las primeras sesiones. Se invitó a dos pacientes para que presentaran de manera voluntaria una situación que le cause malestar, motivando a un debate enfocándolo a la experiencia social-ambiental y la autoobservación de las

emociones. Luego de esta actividad, se hizo una psicoeducación sobre la asertividad a través de diapositivas, videos y ensayos conductuales. La segunda parte de la sesión se trabajó la RMP de Jacobson y la imaginería, plasmando en ella las técnicas de afrontamiento. De allí, se introdujo la técnica psicosocial de la cartografía que consiste en dividir el grupo en varios equipos y en un papel manila plasmar un dibujo que represente el tema de la sesión y la experiencia en ella misma, para luego ser socializado, argumentando el contenido del mismo dibujo. Se termina la sesión con el establecimiento de tareas en casa donde se continuó con el llenado del registro emocional y se dio documentación de apoyo en el blog.

**Tareas del paciente:**

1. Continuar el registro emocional.
2. Revisar el blog de tratamiento.

**Novena sesión (Grupal).**

**Objetivos:**

- Invitar a dos pacientes a que presenten de manera voluntaria cualquier situación conflictiva.
- Evaluar la conducta no verbal de los pacientes.
- Trabajar las técnicas gestálticas en función al discurso de los pacientes.
- Presentar la técnica del *Árbol de Problemas*.
- Invitar a continuar llenando el registro emocional, redactar un documento sobre su

experiencia hasta ahora de las sesiones y revisar el blog de tratamiento para ver la documentación sobre la sesión.

### **Descripción general de la sesión:**

Se invitó a dos pacientes a que presentaran de manera voluntaria cualquiera situación conflictiva que se les viniera a la mente. Esta sesión, tiene un enfoque más dinámico, tomando en cuenta el modelo humanista, las técnicas de la Gestalt con más espacio a la construcción creativa de la experiencia y el sentido inherente de la misma. Se trabajó la técnica del *Árbol de Problemas*, la cual consiste en utilizar la figura de un árbol donde el tronco, las raíces y las ramas ayudan a analizar un problema en toda su magnitud, haciendo de la raíz el lugar donde se escriben las posibles causas, en el tronco las situaciones y en las ramas los síntomas que ha experimentado. Al finalizar, se colocaron asignaciones continuando el registro emocional, leer el blog de tratamiento y redactar un documento sobre la experiencia de su vida entorno al malestar y la sesión y se les animó a traer colchoneta y almohada.

### **Tarea del paciente:**

1. Continuar el registro emocional.
2. Revisar el blog de tratamiento.
3. Redactar un documento sobre la experiencia de malestar y tratamiento.

## **Decima sesión (Grupal).**

### **Objetivos:**

- Invitar a dos pacientes que presenten la situación conflictiva que le aqueja en esos instantes.
- Identificar el conflicto que subyace en el discurso y motivar a que se centre en él.
- Incentivar a los pacientes a darse cuenta de la causa del malestar emocional en función al escrito realizado e ir aceptando la experiencia.
- Trabajar reacciones positivas ante las situaciones presentadas.
- Realizar RMP de Jacobson junto a la técnica de imaginería y utilizar las técnicas de afrontamiento aprendidas.
- Invitar a continuar llenando el registro emocional y revisar el blog de tratamiento para ver la documentación sobre la sesión.

### **Descripción general de la sesión:**

En esta sesión, se trabajó con dos pacientes enfocándonos en el conflicto que subyace en el discurso. De allí, a través de la interacción con los otros pacientes, se animó a los voluntarios a concentrarse en la experiencia emocional y el darse cuenta de las causas, normalizando la experiencia y aceptando la misma. La segunda parte de la sesión se trabajó la RMP de Jacobson, buscando que el individuo se centre, a través de la imaginería, en el conflicto que le causa malestar emocional y dentro de la experiencia regular la emoción a través de las técnicas de afrontamiento aprendidas. Al finalizar, se invitó a continuar el registro emocional y la revisión del blog de tratamiento.

**Tareas del paciente:**

1. Continuar el registro emocional.
2. Revisar el blog de tratamiento.

**Onceava sesión (Grupal).****Objetivos:**

- Trabajar los conflictos que subyacen en el grupo enfatizando en la regulación emocional y el darse cuenta, a través de la intervención verbal.
- Utilizar la técnica de la silla vacía con un personaje ejemplo, basado en la problemática emocional del grupo.
- Hablar sobre la experiencia.
- Repasar las técnicas de afrontamiento.
- Invitar a continuar llenando el registro emocional y revisar el blog de tratamiento para ver la documentación sobre la sesión.

**Descripción general de la sesión:**

La sesión empezó con el abordaje de la problemática general del grupo. Aquí, se busca construir, a través de la interacción de los pacientes el objetivo de la sesión, motivando por medio de intervenciones verbales a la regulación emocional, explorando los sentimientos y emociones que se expresan en dicha interacción y organizándolos en una realidad objetiva. De allí, se pasó a dar un ejemplo de una persona que tenga características emocionales parecidas al grupo y se utilizará la silla vacía para apoyar a esta persona. Al

finalizar, se habló de la experiencia y se asignó las tareas de la sesión pasada.

**Tareas del paciente:**

1. Continuar el registro emocional.
2. Revisar el blog de tratamiento.

**Doceava sesión (Grupal).**

**Objetivos:**

- Realizar un resumen de todas las sesiones de parte de los pacientes, centrándonos en la experiencia de cada uno.
- Psicoeducar sobre las recaídas.
- Aplicar la batería de pruebas.
- Entrega de certificados simbólicos.

**Descripción general de la sesión:**

En esta sesión, se hizo un cierre de la experiencia terapéutica en donde se abordó el resumen de las sesiones, a través de los pacientes y las conclusiones de cada paciente. Se dio una psicoeducación de las recaídas, para prevenir el estado emocional anterior. Luego, se les entregó un informe individual del registro emocional de todas las sesiones y se presentó un informe general del registro emocional del grupo. Se le realizó el post-test de la batería de pruebas y se entregó un certificado simbólico sobre la finalización del programa de manejo emocional, a través de la terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa.

**CAPÍTULO III**

**PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS Y**

**DISCUSIÓN**



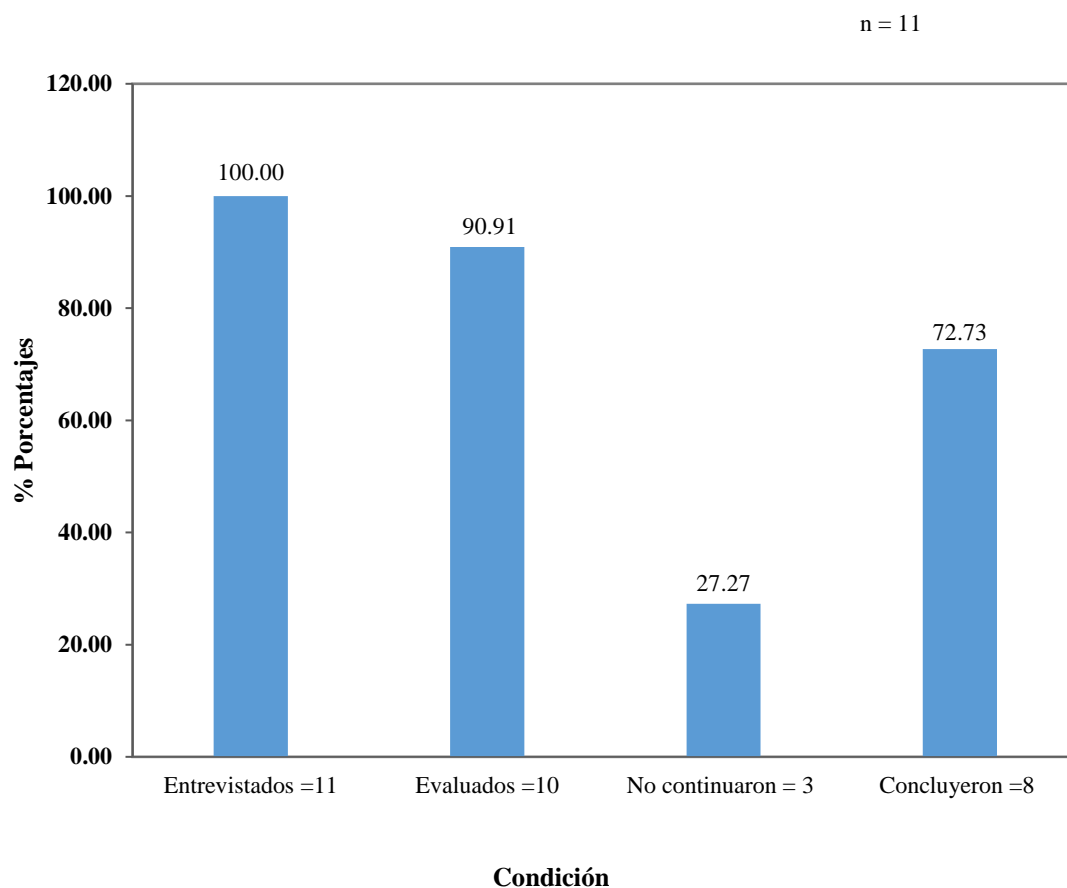
A continuación, se presentarán los datos recabados tanto en la entrevista clínica como en el proceso de evaluación. Se mostrarán los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas a cada paciente integrante del programa. Los pacientes fueron evaluados antes y después del programa.

Se contactó a dieciocho personas, de las cuales once fueron entrevistados. Los pacientes llegaron por referencias de otros pacientes y colegas psicólogos. Se realizó el programa en un salón acondicionado y preparado para atención en la Basílica menor Don Bosco. Todos los entrevistados cumplieron con los requisitos para ingresar al programa de manejo emocional, a través de la TCC con asimilación integrativa para pacientes con problemas emocionales. Pudieron completar el proceso ocho pacientes. Tres pacientes no lograron completar el proceso por diversas situaciones. Entre ellas se puede mencionar: abandono de las sesiones e incumplimiento del contrato terapéutico entorno a las ausencias.

En cuanto a los resultados de la batería de prueba aplicada a los pacientes evaluados, solo se presentarán los resultados de los pacientes que concluyeron el programa. Los resultados de los pacientes que no concluyeron no se contemplarán por la poca relevancia que tienen en cuanto a la medición del efecto del programa en el manejo emocional y los síntomas relacionados con los problemas emocionales.

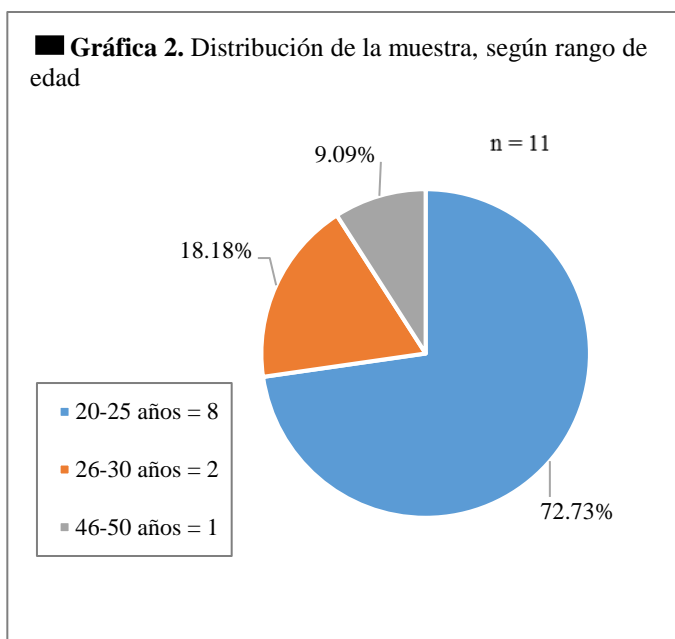
## 1. Datos de la muestra total

■ **Gráfica 1.** Total de pacientes atendidos dentro del programa para el manejo emocional basado en la TCC con asimilación integrativa



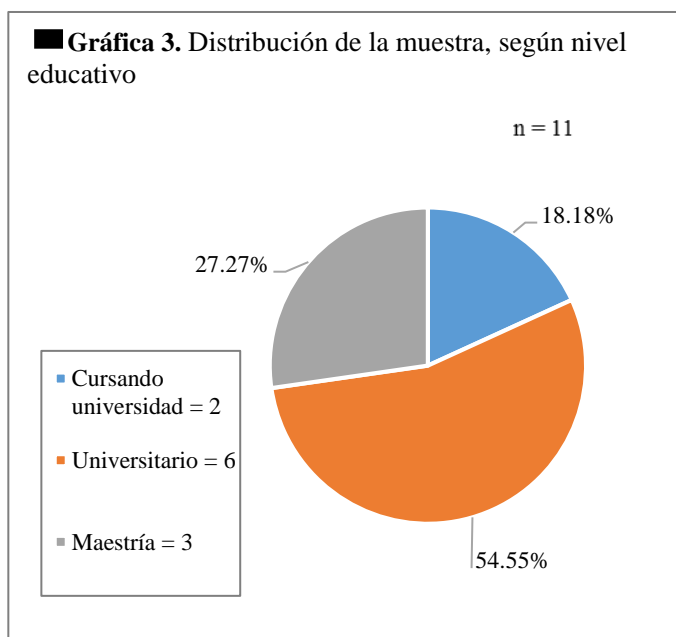
En esta gráfica se muestra la cantidad total de pacientes que cumplieron con los requisitos para ser tomados en cuenta en el programa. Del 100% que fue entrevistado, 90.91% fueron evaluados, 27.27% no continuaron el programa y el 72.73% culminaron el programa satisfactoriamente.

## 2. Datos sociodemográficos de la muestra total



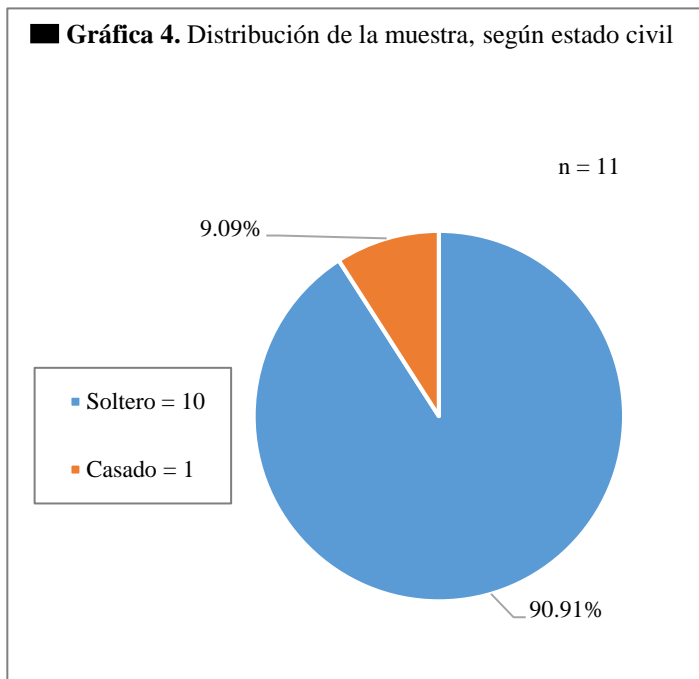
Fuente: entrevista clínica.

Vemos que la mayor cantidad de pacientes se agrupan en el rango de edad de 20 a 25 años que representa el 72.73% de la muestra, seguido del 18.18% que están en el rango de 26 a 30 años y el 9.09% está dentro de rango de 46 a 50 años.



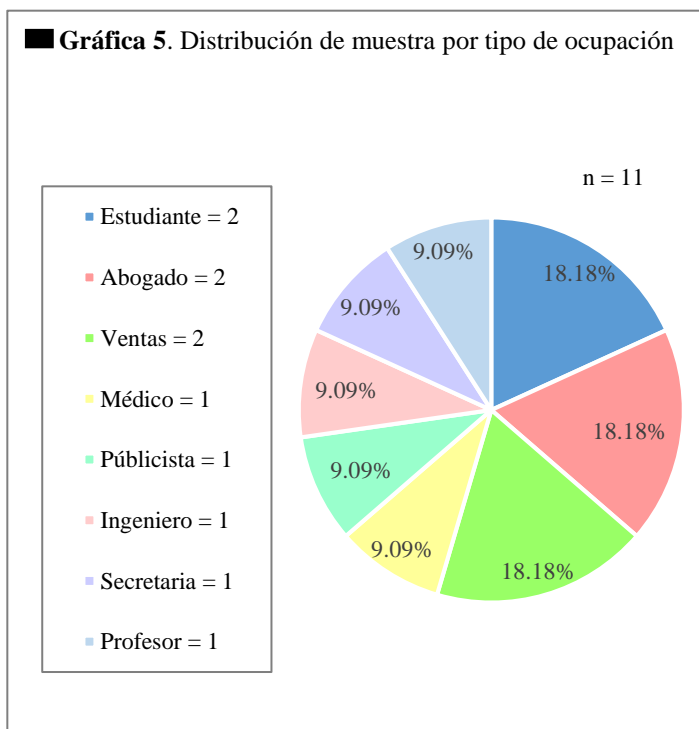
Fuente: entrevista clínica.

En esta gráfica, podemos observar la distribución de la muestra, según nivel educativo. Vemos que, el 54.55% tiene nivel universitario, el 27.27% a obtenido un título de maestría y el 18.18% aún cursa la universidad.



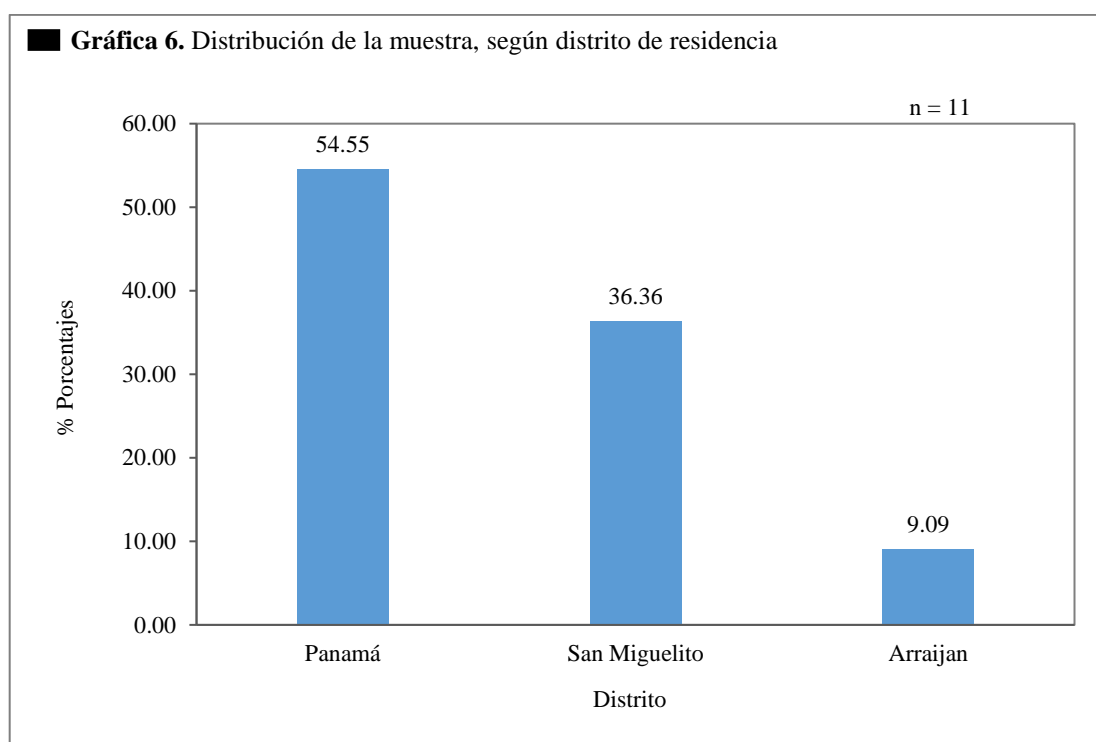
Fuente: entrevista clínica.

Vemos que, el 90.91% de la muestra es soltera y un 9.09% está casada.



Fuente: entrevista clínica.

La mayor parte de la muestra son estudiantes, abogados y vendedores, cada uno representa el 18.18% del total. Las otras ocupaciones se distribuyen entre médico, publicista, ingeniero, secretaria y profesor universitario cada uno representa el 9.09%.



*Fuente:* entrevista clínica.

En esta gráfica se muestra la distribución de los pacientes, según distrito de residencia. Un 54.55% de la población reside en el distrito de Panamá (Paitilla, El Cangrejo, Betania, Bella Vista, Vía España, Don Bosco), un 36,36% vive en San Miguelito (Brisas del Golf, Cerro Viento, Los Andes, Villa Lucre) y el 9.09% reside en el distrito de Arraiján (Vista Alegre).

### 3. Resultado de la batería de pruebas de los pacientes que culminaron el programa.

Tabla 4.

*Motivo de consulta de los pacientes que culminaron el programa para el manejo emocional basado en la TCC con asimilación integrativa.*

Sujetos	Sexo	Motivo de Consulta
1	M	Ruptura amorosa
2	F	Estrés y bajones emocionales
3	F	Desánimo en todo
4	F	Dificultad para expresar emociones
5	F	Inestabilidad emocional
6	M	Falta de emoción en hacer cosas
7	M	Incapacidad de reconocer emociones
8	M	Dependencia emocional

*Fuente:* entrevista clínica.

Este cuadro muestra el motivo de consulta, por el cual el paciente consideró la asistencia psicológica. Podemos agrupar todos estos motivos en distintas problemáticas emocionales que afectan al individuo, los cuales han desarrollado cierto comportamiento desadaptativo para manejar las situaciones reforzando el malestar. Los pacientes presentan síntomas relacionados con depresión, ansiedad, fobia, angustia, alexitimia, anhedonia impulsividad, ira y dependencia emocional.

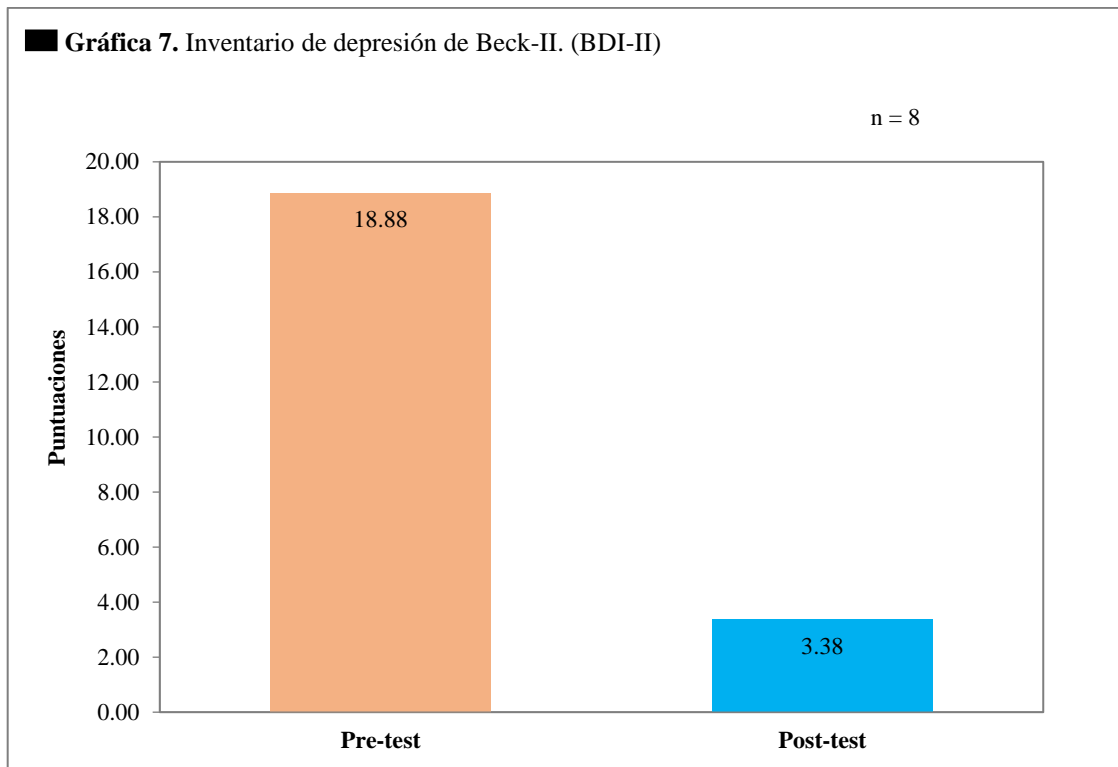
Tabla 5.

*Diagnóstico de los pacientes evaluados que culminaron el programa para el manejo emocional basado en la TCC con asimilación integrativa.*

Sujetos	Sexo	Diagnóstico
1	M	Trastorno de ansiedad no especificado.
2	F	Trastornos de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido.
3	F	Trastorno depresivo persistente (distimia).
4	F	Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado.
5	F	Trastorno depresivo no especificado.
6	M	Trastorno de estrés postraumático.
7	M	Trastorno depresivo no especificado.
8	M	Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado.

*Fuente:* evaluación clínica.

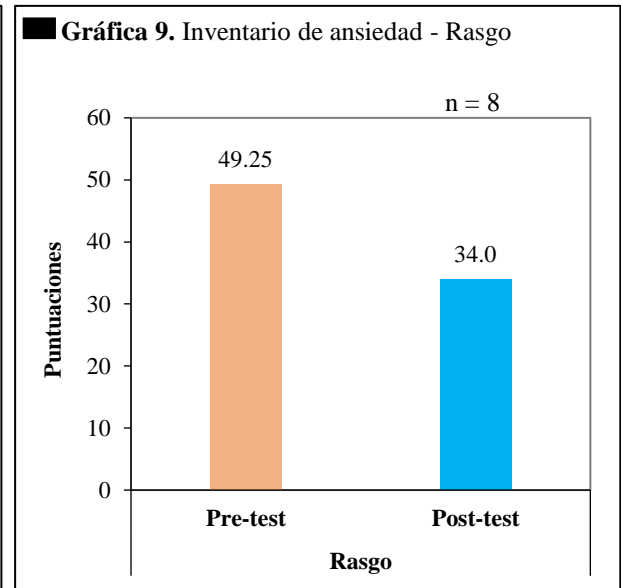
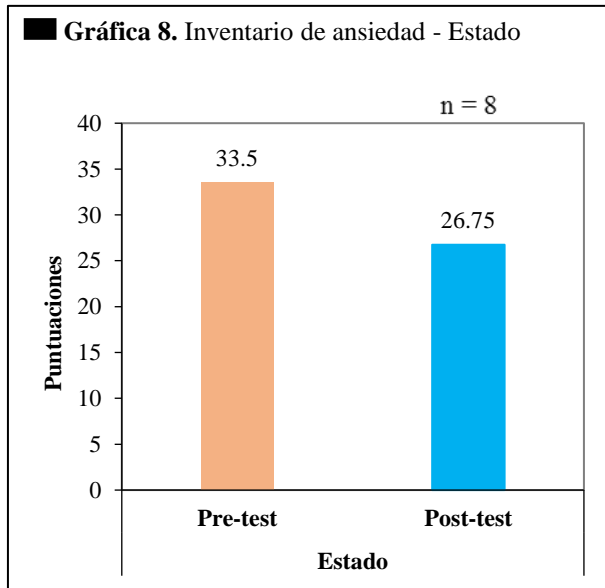
En este cuadro, presentamos el diagnóstico de cada paciente atendido en el programa. Se utilizó la entrevista, la observación y una batería de pruebas aplicadas para el diagnóstico de cada paciente. Los trastornos están relacionados con síntomas como la depresión, la ansiedad y conducta desadaptativa.



*Fuente:* resultados obtenidos en el BDI-II pre-test y post-test.

En esta gráfica, se muestra el pre-test y post-test de la muestra obtenido en la prueba del Inventario de Depresión de Beck-II. En el pre-test, se obtuvo una puntuación de 18.88, indicando que la muestra presenta un nivel de depresión leve superior. Esto quiere decir que, a pesar de que, esta puntuación entra en el rango de depresión leve, se encuentra en el límite superior de ese rango. En el post-test, se obtuvo una puntuación de 3.38, lo que nos sugiere que la depresión media de la muestra es mínima.



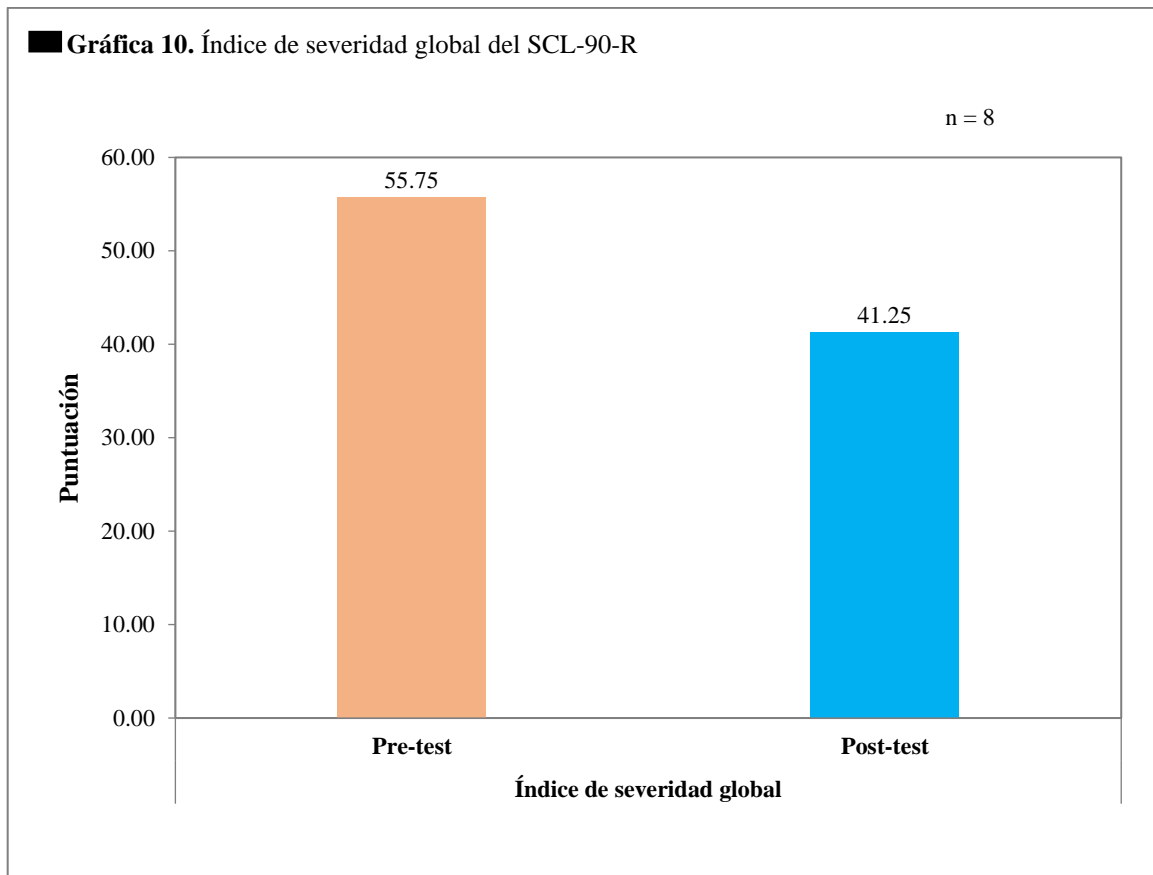


*Fuente:* resultados obtenidos en el IDARE pre-test y post-test.

En la ansiedad-Estado, la media de la muestra fue de 33.5 en el pre-test, lo que indica que al momento de la prueba presentaron una ansiedad-Estado medio. En el post-test, el puntaje disminuyó a un 26.75, indicando que la muestra presentó un nivel de ansiedad-Estado bajo después del programa.

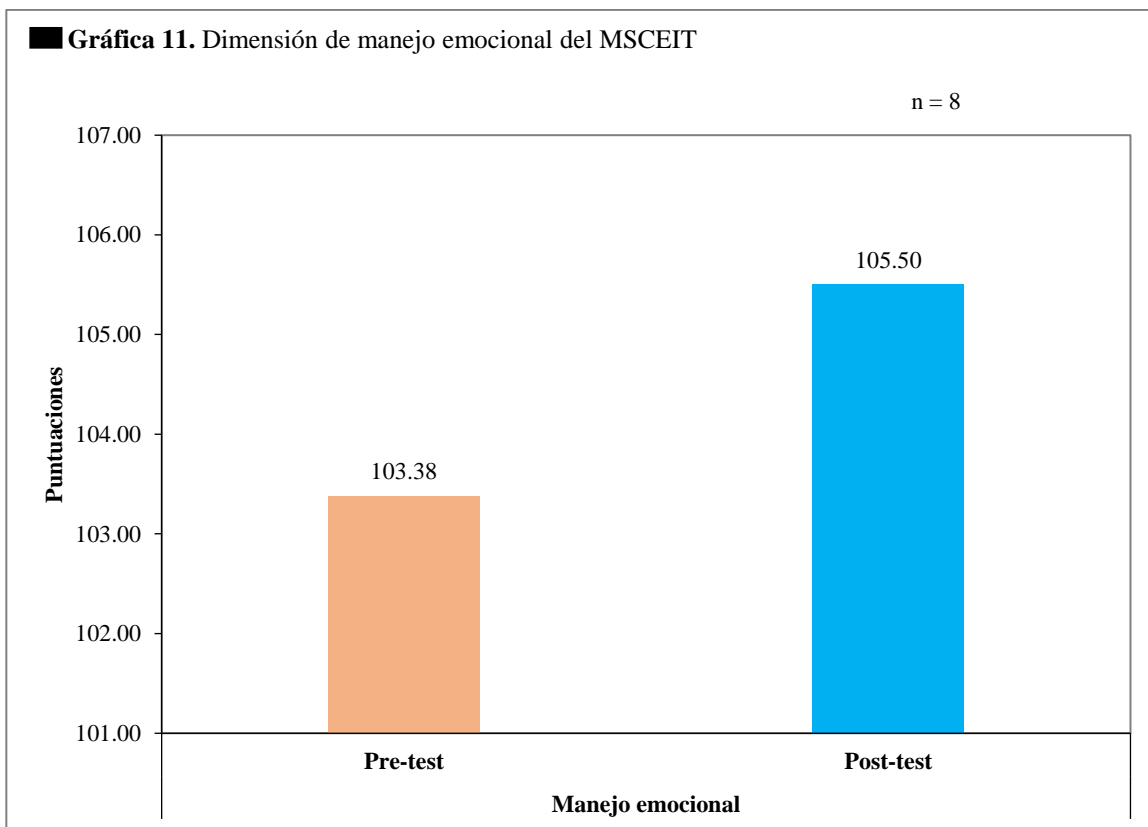
En la ansiedad-Rasgo, el puntaje medio en el pre-test fue de 49.25, lo que indica un nivel de ansiedad alto como rasgo general de comportamiento. En el post-test, la puntuación fue de 34, lo que indica un nivel de ansiedad-Rasgo medio después del programa.

■ **Gráfica 10.** Índice de severidad global del SCL-90-R



*Fuente:* resultados obtenidos en el SCL-90-R pre-test y post-test.

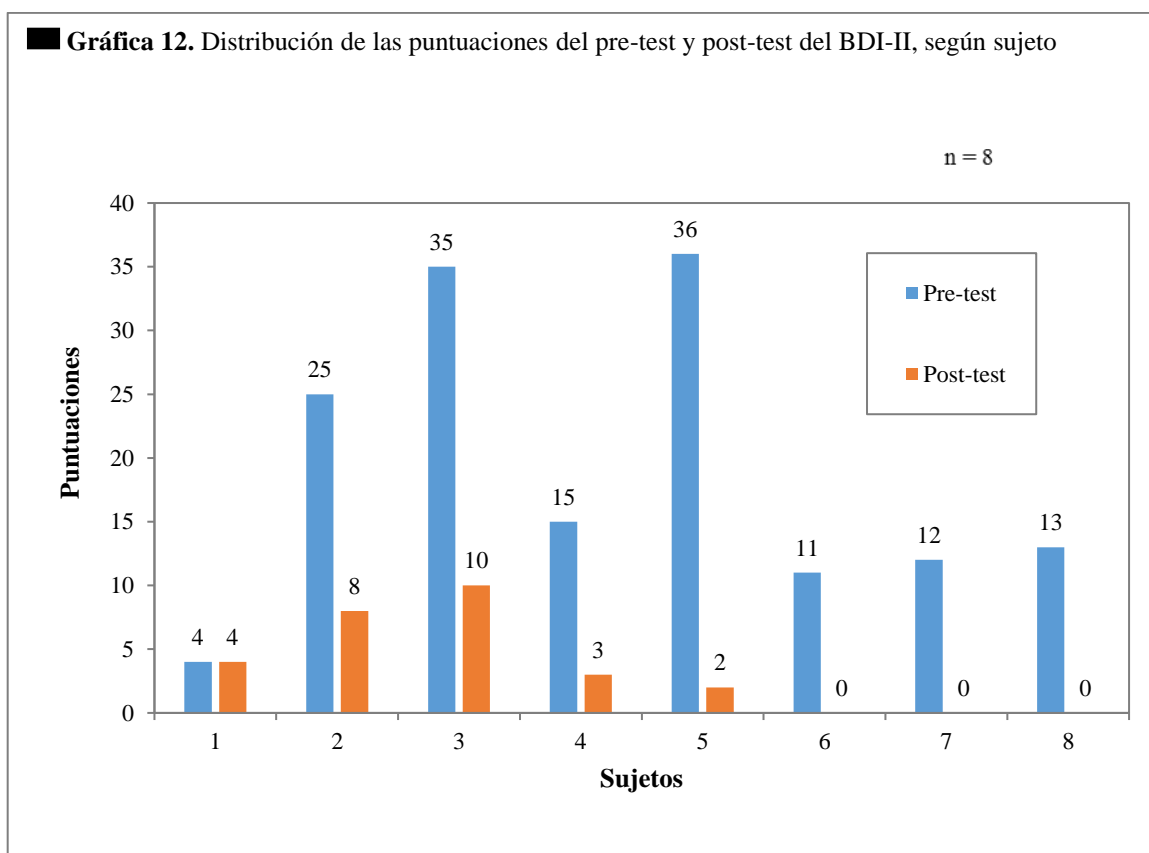
En el test SCL-90-R, la muestra tuvo un promedio de puntuación de 55.75 en el pre-test, lo que indica un malestar sintomático moderado. En el post-test, la muestra obtuvo una puntuación de 41.25, indicando un malestar sintomático bajo.



*Fuente:* resultados obtenidos en el MSCEIT pre-test y post-test.

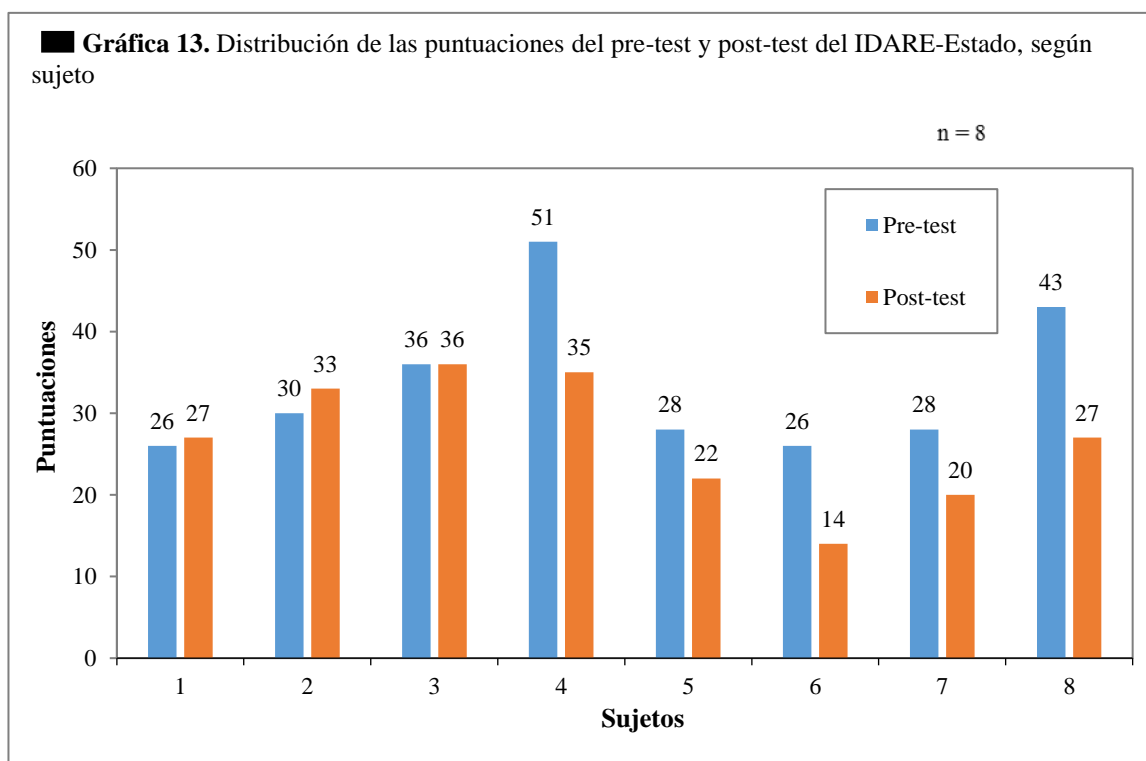
En el test MSCEIT, en la dimensión del manejo emocional la muestra obtuvo una puntuación CI media en el pre-test de 103.38, esto supone competencia en el manejo emocional. Por otro lado, en el post-test la puntuación media fue de 105.50, lo que demuestra cierto aumento en la competencia y un buen nivel en el manejo emocional.

■ **Gráfica 12.** Distribución de las puntuaciones del pre-test y post-test del BDI-II, según sujeto



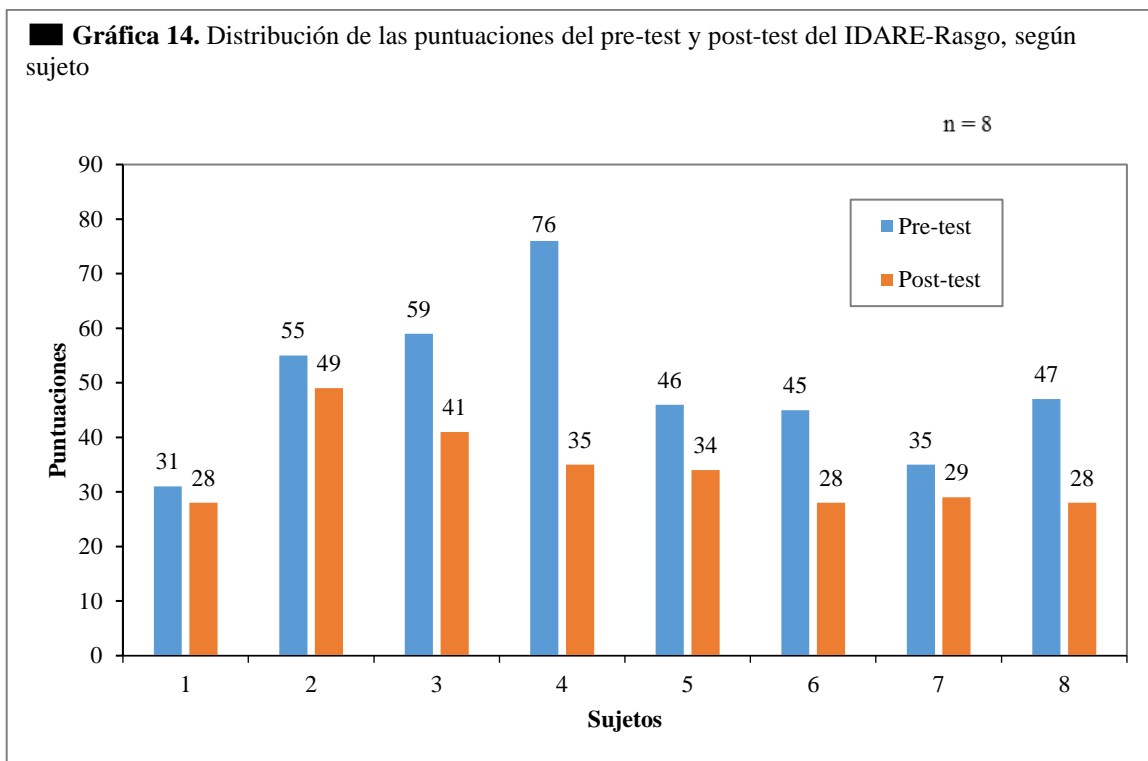
*Fuente:* resultados obtenidos en el BDI-II pre-test y post-test.

La gráfica nos muestra las puntuaciones de cada sujeto en el BDI-II pre-test y post-test. En el pre-test, la puntuación más alta la obtuvo el sujeto 5 con una puntuación de 36, lo que indica una depresión severa. Mientras que, la puntuación menor se observó en el sujeto 1 con una puntuación de 4, manifestando una depresión mínima. En el post-test la puntuación más alta la obtuvo el sujeto 3 con una puntuación de 10, lo que indica una depresión mínima y la puntuación menor se observó en los sujetos 6,7 y 8, todos con una puntuación de 0, manifestando ausencia de síntomas depresivos.



*Fuente:* resultados obtenidos en el IDARE-Estado pre-test y post-test.

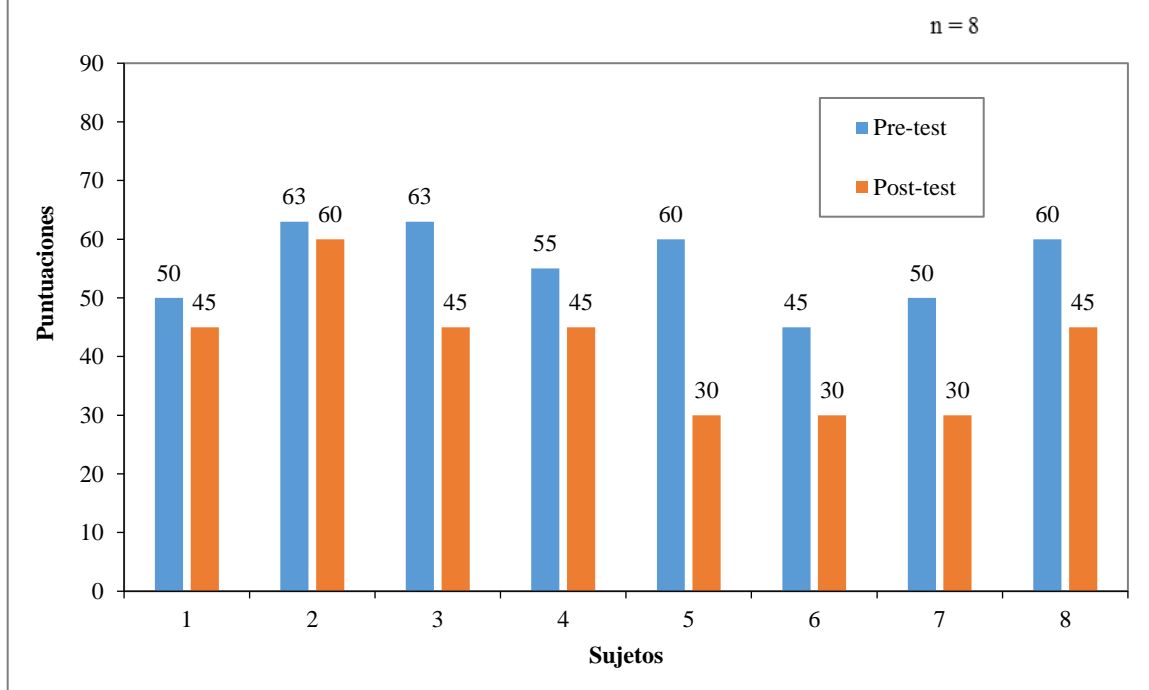
La gráfica nos muestra las puntuaciones de cada sujeto en la ansiedad-Estado pre-test y post-test. En el pre-test, la puntuación mayor se observó en el sujeto 4 con una puntuación de 51, lo que indica una ansiedad alta al momento de la aplicación. Por otro lado, la puntuación más baja en esta prueba la obtuvo el sujeto 1 y el sujeto 6, ambos con un puntaje de 26, lo que indica una ansiedad baja al momento de la aplicación. En el post-test, la puntuación mayor se observó en el sujeto 3 con una puntuación de 36, lo que indica una ansiedad media al momento de la aplicación. Mientras que, la puntuación más baja la obtuvo el sujeto 6, con un puntaje de 14, lo que indica una ansiedad baja al momento de la aplicación.



*Fuente:* resultados obtenidos en el IDARE-Rasgo pre-test y post-test.

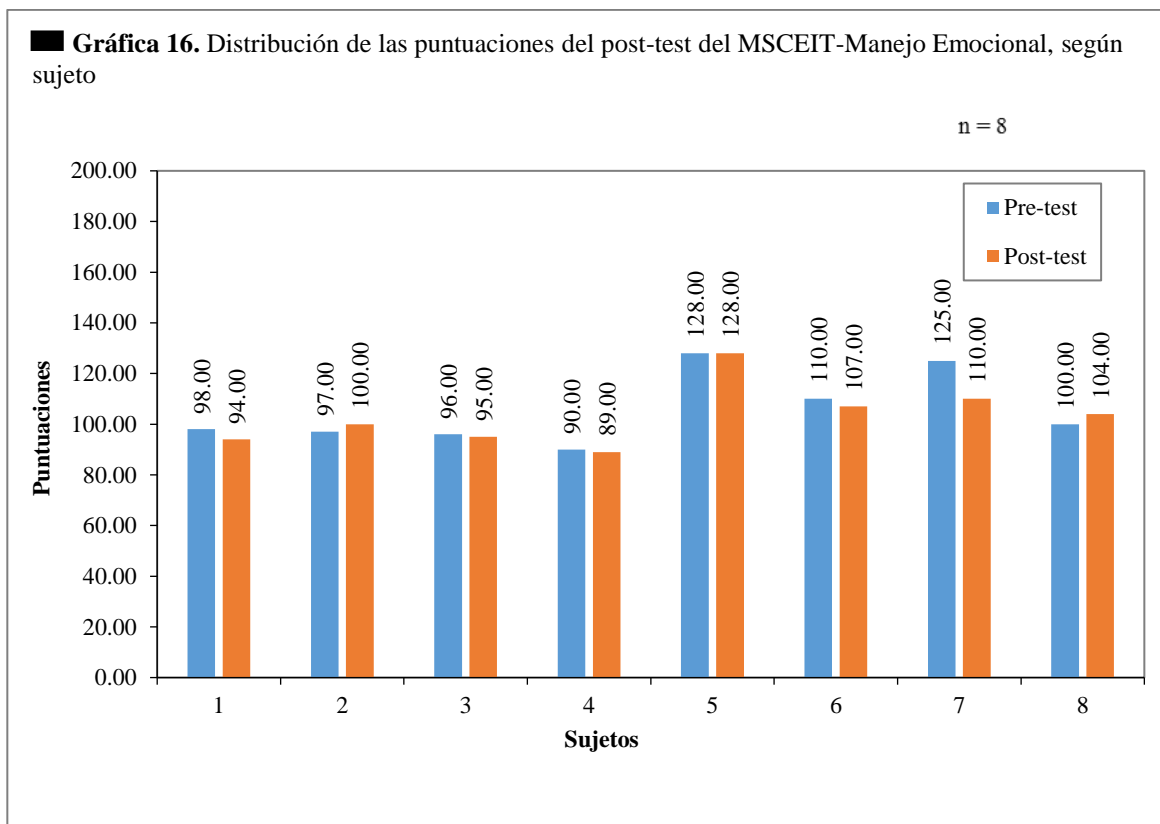
La gráfica nos muestra las puntuaciones de cada sujeto en la ansiedad-Rasgo pre-test y post-test. En el pre-test, la puntuación mayor se presentó en el sujeto 4 con 76, lo que nos indica que presenta una ansiedad alta en la mayoría de las situaciones con las que interactúa y la puntuación menor, la obtuvo el sujeto 1 con un 31, lo que supone que el sujeto presenta una ansiedad media como rasgo de comportamiento general. El post-test, nos muestra que la puntuación mayor se presentó en el sujeto 2 con un 49, lo que nos indica que presenta una ansiedad alta en la mayoría de las situaciones con las que interactúa y la puntuación menor se presentó en los sujetos 1, 6 y 8, todos con un 28, lo que nos indica que presentan una ansiedad baja como rasgo de comportamiento general.

■ **Gráfica 15.** Distribución de las puntuaciones del pre-test y post-test del SCL-90-R, según sujeto



Fuente: resultados obtenidos en el SCL-R-90 pre-test y post-test.

La gráfica nos muestra las puntuaciones de cada sujeto en SCL-90-R pre-test y post-test. En el pre-test, el puntaje mayor lo presentó el sujeto 2 y el sujeto 3, ambos con un puntaje de 63, indicando que existe un malestar sintomático significativo. La menor puntuación en esta prueba la obtuvo el sujeto 6, con un 45, indicando nivel sintomático de malestar regular; no presenta riesgo. En el post-test, la puntuación mayor se presentó en el sujeto 2 con 60, indicando que existe un malestar sintomático que no es de riesgo. La menor puntuación la obtuvo los sujetos 5, 6 y 7, todos con un 30 indicando bajo nivel sintomático de malestar, no presenta riesgo.



*Fuente:* resultados obtenidos en el MSCEIT-Manejo Emocional pre-test y post-test.

La gráfica nos muestra las puntuaciones de cada sujeto en MSCEIT-Manejo Emocional pre-test y post-test aplicadas a los pacientes que culminaron el programa. En el pre-test, el sujeto que obtuvo un mayor puntaje fue el 7 con una puntuación de 128, lo que indica que el sujeto presenta una muy buena competencia en el manejo emocional, mientras que el puntaje menor se presentó en el sujeto 4 con un 90. Esto nos dice que, tiene competencia en el manejo emocional, pero puede mejorar. En cuanto al post-test, el sujeto que obtuvo un mayor puntaje fue el 5 con una puntuación de 128, lo que indica que el sujeto presenta una muy buena competencia en el manejo emocional, mientras que el puntaje menor se presentó en el sujeto 4 con un 89, esto nos dice que tiene competencia en el manejo emocional con rango de mejora.



#### 4. Resultados estadísticos.

A continuación, presentaremos la estadística de cada prueba para argumentar el nivel de significancia que existe en la diferencia del pre-test y post-test de cada prueba. Se hará énfasis en la hipótesis de investigación y su comprobación, a través de la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras no paramétricas. Este estadístico será utilizado para todas las pruebas aplicadas.

Tabla 6

*Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)*

	Pre-Test	Post-test
Mediana	14	2.5
Media	18.88	3.38
Desviación Estándar	11.78	3.81
Varianza	138.70	14.55

#### Hipótesis estadísticas.

**H<sub>0</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones mayores o iguales en el BDI-II luego de la intervención.

$$H_0: \text{Mdn}_A \leq \text{Mdn}_B$$

**H<sub>1</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones menores en el BDI-II luego de la intervención.

$$H_1: \text{Mdn}_A > \text{Mdn}_B$$

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 5\% = 0.05$

**Regla de decisión:**

Rechazar la  $H_0$  si  $p \leq 0.05$

Aceptar la  $H_0$  si  $p > 0.05$

**Valor  $p = 0.009$**

**Discusión:**

Se observa que, el nivel de significancia de BDI-II ( $p = 0.009$ ) es menor al nivel de significancia  $\alpha$  ( $\alpha = 0.05$ ). Hay suficiente evidencia estadística para rechazar la  $H_0$ , por lo tanto; las puntuaciones antes y después del programa en esta prueba son menores. Esto evidencia que, la puntuación del post-test disminuyó en comparación al pre-test. Podemos interpretar que existe una disminución significativa en los síntomas depresivos.

Tabla 7

*Inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE) – Estado*

	Pre-Test	Post-Test
Mediana	29	27
Media	33.5	26.75
Varianza	84	60.5
Desviación Estándar	9.17	7.78

**Hipótesis estadística:**

**H<sub>0</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones mayores o iguales en el IDARE - Estado luego de la intervención.

$$H_0: \text{Mdn}_A \leq \text{Mdn}_B$$

**H<sub>1</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones menores en el IDARE - Estado luego de la intervención.

$$H_1: \text{Mdn}_A > \text{Mdn}_B$$

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 5\% = 0.05$

**Regla de decisión:**

Rechazar la H<sub>0</sub> si  $p \leq 0.05$

Aceptar la H<sub>0</sub> si  $p > 0.05$

**Valor p = 0.03**

**Discusión:**

Se observa que, el nivel de significancia del IDARE–Estado ( $p = 0.03$ ) es menor al nivel de significancia  $\alpha$  ( $\alpha = 0.05$ ). Esto evidencia que, la puntuación del post-test

disminuyó en comparación al pre-test. Podemos interpretar que existe una disminución significativa en los síntomas ansiedad - Estado.

Tabla 8

*Inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE) – Rasgo*

	Pre-Test	Post-Test
Mediana	46.5	31.5
Media	49.25	34.0
Varianza	14.21	7.63
Desviación Estándar	201.93	58.29

### **Hipótesis Estadística:**

**H<sub>0</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones mayores o iguales en el IDARE - Rasgo luego de la intervención.

$$H_0: \text{Mdn}_A \leq \text{Mdn}_B$$

**H<sub>1</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones menores en el IDARE - Rasgo luego de la intervención.

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 5\%$      $H_1: \text{Mdn}_A > \text{Mdn}_B = 0.05$

### **Regla de decisión:**

Rechazar la  $H_0$  si  $p \leq 0.05$

Aceptar la  $H_0$  si  $p > 0.05$

**Valor  $p = 0.006$**

**Discusión:**

Se observa que, el nivel de significancia del IDARE–Rasgo ( $p = 0.006$ ) es menor al nivel de significancia  $\alpha$  ( $\alpha = 0.05$ ). Hay suficiente evidencia estadística para rechazar la  $H_0$ , por lo tanto; las puntuaciones antes y después del programa en esta prueba son menores. Esto evidencia que la puntuación del post-test disminuyó en comparación al pre-test. Podemos interpretar que existe una disminución significativa en los síntomas de ansiedad-Rasgo.

Tabla 9

*SCL-90-R Índice de Severidad Global*

	Pre-Test	Post-Test
Mediana	57.5	45
Media	55.75	41.25
Varianza	46.21	112.50
Desviación Estándar	0.53	0.94

**Hipótesis Estadística:**

**$H_0$ :** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones mayores o iguales en el SCL-90-R luego de la intervención.

$$H_0: \text{Mdn}_A \leq \text{Mdn}_B$$

**H<sub>1</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones menores en el SCL-90-R luego de la intervención.

$$H_1: \text{Mdn}_A > \text{Mdn}_B$$

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 5\% = 0.05$

**Regla de decisión:**

Rechazar la  $H_0$  si  $p \leq 0.05$

Aceptar la  $H_0$  si  $p > 0.05$

**Valor  $p = 0.006$**

**Discusión:**

Se observa que, el nivel de significancia en el Índice de Severidad Global del SCL-90-R ( $p = 0.01$ ) es menor al nivel de significancia  $\alpha$  ( $\alpha = 0.006$ ). Hay suficiente evidencia estadística para rechazar la  $H_0$ , por lo tanto; las puntuaciones antes y después del programa en esta prueba son menores. Esto evidencia que la puntuación del post-test disminuyó en comparación al pre-test. Podemos interpretar que existe una disminución significativa en los síntomas que provocar malestar psicológico.

Tabla 10

*MSCEIT - Manejo emocional.*

	Pre-Test	Post-Test
Mediana	106.5	107
Media	103.38	105.50
Varianza	148.55	199.43
Desviación Estándar	12.19	14.12

**H<sub>0</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones menores o iguales en el MSCEIT-Manejo emocional luego de la intervención.

$$H_0: \text{Mdn}_A \geq \text{Mdn}_B$$

**H<sub>1</sub>:** Los pacientes que participaron en el programa para el manejo emocional basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, obtienen puntuaciones mayores en el MSCEIT-Manejo emocional luego de la intervención.

$$H_1: \text{Mdn}_A < \text{Mdn}_B$$

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 5\% = 0.05$

**Regla de decisión:**

Rechazar la  $H_0$  si  $p \leq 0.05$

Aceptar la  $H_0$  si  $p > 0.05$

**Valor  $p = 0.20$**

### **Discusión:**

Se observa que, el nivel de significancia del en la dimensión de Manejo Emocional del MSCEIT ( $p = 0.20$ ) es mayor al nivel de significancia  $\alpha$  ( $\alpha = 0.05$ ). Hay suficientes evidencias estadísticas para aceptar la  $H_0$ .

#### **a. Discusión y análisis general de los resultados.**

Ante los resultados estadísticos presentados, podemos analizar que existieron diferencias significativas en las pruebas de BDI-II, IDARE y el Índice de Severidad Global del SCL-90-R, indicándonos que los pacientes después del programa disminuyeron de manera significativa los síntomas relacionados con la depresión, la ansiedad y el malestar psicológico general. Por otro lado, entre el pre-test y post-test del MSCEIT, no se observó cambios significativos en las puntuaciones de la dimensión del manejo emocional después de aplicar el programa. Esto nos indica que el programa estadísticamente no provocó un aumento significativo en la variable de manejo emocional. Todo esto nos lleva a aceptar nuestras primeras tres hipótesis de investigación, que hacían referencia a la disminución de la depresión, la ansiedad y el malestar psicológico general, y a rechazar nuestra cuarta hipótesis que se vinculaba con el aumento del manejo emocional.

Si tomamos en cuenta nuestro marco teórico para ejercer un análisis más profundo de los resultados obtenidos antes y después del programa de intervención, descubriremos ciertos factores que estuvieron involucrados en la dinámica de la psicoterapia



experimentada. Al empezar el programa, hemos observado que los pacientes presentaban diagnósticos relacionados con trastornos depresivos, ansiosos y malestares psicológicos generales, que se involucraban en el sistema de conducta de cada uno, generando ciertas inadecuaciones dentro de su entorno social. Estos problemas emocionales tuvieron su base en características temperamentales, en sistemas de crianzas no apropiados y estructuras sociales que promovían malestar. Todo esto causaba afectaciones en los esquemas cognitivos. Además, los problemas eran potenciados por eventos precipitantes como: traumas relacionados con la separación de los padres, muerte traumática de un progenitor, terminación de una relación amorosa, y que en su efecto ocasionaron una perturbación, y otras situaciones conflictivas relacionadas con la adaptación social. A partir de las situaciones precipitantes mencionadas, cada individuo logró desarrollar un modelo de adaptación particular que, en su medida, era responsable de los problemas emocionales experimentados en la vida cotidiana. En un principio este sistema de afrontamiento desadaptativo lograba una resolución parcial de las situaciones conflictivas, sin embargo, la insatisfacción que generaba la conclusión de los eventos, por no cumplir las exigencias del Yo, de los otros y del mundo, llegaba a perturbar emocionalmente a los pacientes que asistieron al programa por ayuda. Se debe tomar en cuenta también el papel que juega las creencias de índole dogmático en las estructuras cognitivas de cada paciente. Éstas ejercían gran influencia en la interpretación del entorno y la toma de decisiones, generando condiciones incómodas que entorpecían el desenvolvimiento de los pacientes en sus entornos sociales, ya que, al momento de gestarse el conflicto, la solución más pronta era la elección de una conducta desadaptativa, lo que nos da a entender que el nivel de tolerancia a la frustración y la autoaceptación eran bajos en esta muestra. Existían tres tipos

de respuestas conductuales en la resolución de conflictos antes de la intervención. Algunas de las respuestas se caracterizaban por la evitación del evento, en donde los pacientes simplemente buscaban negar el conflicto o desviar su atención en situaciones que no los guiasen a un problema, lo que ocasionaba respuestas depresivas y ansiosas en momentos de crisis o impotencia. Las otras respuestas estaban relacionadas con conductas agresivas, donde los sujetos reaccionaban de manera impulsiva a un evento, sin estimar la afectación emocional o física que ocasionaba a los otros y así mismos. Por último, las respuestas mixtas que estaban conformadas por síntomas depresivos, síntomas ansiosos y una conducta agresiva que vislumbraba la inestabilidad emocional de los sujetos. Otros aspectos que podemos rescatar en la interpretación del estado inicial de los pacientes, son sus esquemas de pensamientos. La organización misma de la base interpretativa de la realidad provocaba una valoración negativa de su entorno en función a los eventos traumáticos experimentados, atribuyendo características conflictivas inexistentes en el entorno, sustentadas por los errores de pensamiento. En términos más simples, en la mayoría de los sujetos, todo lo que se interpretaba de un entorno conflictivo era visto con cierta negatividad, amenaza o impotencia.

En relación a los síntomas depresivos, podemos tomar como referencia el concepto de triada cognitiva formulado por Beck (2005), el cual establece los patrones cognitivos que influyen en la consideración de cada paciente sobre sí mismo, su futuro y sus experiencias. En los pacientes atendidos, especialmente en los pacientes dos, tres, y cinco, se pudo constatar un nivel de depresión entre moderado y severo, los que nos lleva a interpretar y argumentar, por la información adquirida en la etapa de estudio, la existencia de sistemas depresivos en la interacción social dentro de sus entornos familiares, que a su

vez se desplazaban a sus lugares de trabajo y relaciones sentimentales con niveles distintos de presentación de los síntomas.

En los pacientes ansiosos la preocupación era una de las características predominantes. Las preocupaciones tienen su base en eventos que se plasman en el pensamiento a través de imágenes con un afecto negativo que producen la sensación de pérdida de control por parte de los sujetos. La respuesta anticipatoria ante una amenaza futura es el factor común que presentaban los sujetos al momento de conceptualizar su problemática. Esta respuesta era desproporcional a la ansiedad normal, lo que producía un malestar significativo y, en algunos casos específicos, podía aproximarse a completar los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad.

El malestar psicológico general lo medimos a través del SCL-90-R para evidenciar los síntomas que no podían agruparse en un trastorno específico, pero que causaban un padecimiento psicológico. Pudimos ver rasgos obsesivos compulsivos, impulsividad relacionada a la agresividad y ciertos comportamientos desadaptativos. Por supuesto, un nivel de malestar general significativo puede relacionarse a un trastorno psicológico específico dependiendo de la cantidad de síntomas observados en la etapa de estudio. En el caso de la muestra que participó en el programa, se mostró puntuaciones cerca del nivel de malestar significativo. Esto supone que la muestra manifestaba síntomas que podían tornarse en malestares psicológicos significativos, pudiendo causar, en el transcurrir del tiempo, un trastorno.

Un caso particular se evidenció en los resultados obtenidos en la dimensión de manejo emocional. Como habíamos mencionado, no se observó diferencias significativas

luego de la intervención. La muestra en general obtuvo un nivel de competencia adecuado en el manejo emocional antes y después del programa. No obstante, la observancia de síntomas que causaban los problemas emocionales, atenuó la competencia revelada en la medición del manejo emocional, por lo que se puede argüir que los pacientes, a pesar de presentar habilidades para manejar sus emociones, ante un evento capaz de sobrepasar emocionalmente la conciencia de la competencia, podrían verse incapacitados de afrontar el conflicto de manera asertiva. A nivel de conocimiento, entendían ciertas vías conductuales adecuadas para manejar una situación conflictiva, sin embargo, las perturbaciones que generaban las emociones y los pensamientos recurrentes y obsesivos, llevaban a los individuos a catastrofizar una situación, a pesar de la evidencia en contra, mermando la posibilidad de afrontar de manera adecuada sus problemáticas.

Luego de la intervención se pudo observar una disminución significativa en todos los síntomas que causaban los problemas emocionales. Se puede atribuir este resultado a la conceptualización de los problemas emocionales de cada paciente, a las alternativas cognitivas estructuradas en las sesiones, a las técnicas de otros enfoques asimiladas por la TCC y a la adquisición de conciencia de la competencia del manejo emocional. Lo último mencionado es importante destacarlo, pues las variables relacionadas con los problemas emocionales no necesariamente son indicadores de falta de competencia en el manejo emocional; pueden ocultar de la conciencia las capacidades latentes que cada individuo tiene para regular su afectividad. Esta dificultad de reconocer las propias habilidades de afrontamiento puede deberse a las perturbaciones cognitivas generadas por los problemas emocionales observados en cada conducta. *Descatastrofizar* los eventos conflictivos fue un método para contrarrestar las expectativas negativas que los pacientes tenían sobre

diversas situaciones, manteniendo la atención en la conducta de afrontamiento y disminuyendo la atribución negativa que cada uno tenía sobre sus experiencias (Caballo, 2007). El darse cuenta dentro de un proceso terapéutico fue el resultado de un trabajo grupal e individual intenso, amenizado por el psicólogo, el cual brindó a los pacientes, a través de la dinámica de cada sesión, soporte y la puerta de entrada para desarrollar en cada individuo un esquema funcional y solido de afrontamiento de los conflictos cotidianos.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

- Los pacientes atendidos que participaron en el programa para el manejo emocional, basado en la terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa, presentaron características de malestares relacionados con depresión, ansiedad y problemas de adaptación. Estos problemas emocionales en los pacientes tienen como eventos precipitantes rupturas amorosas, conflictos familiares persistentes, relaciones paternofiliales deterioradas, muerte de padre, traumas relacionados al rechazo y abandono. El nivel de afectación psicológica antes de las sesiones de intervención se podía agrupar dentro de un rango entre moderado, en donde el paciente, a pesar de experimentar malestar, podía desenvolverse con cierta adecuación a nivel social, hasta severo, en donde el paciente se tornaba incapacitado para desempeñarse en una labor determinada y tendía a responder a alguna situación conflictiva de manera evitativa, agresiva o depresiva.
- El programa fue desarrollado en función a los síntomas presentados por los pacientes, enfatizando en el manejo emocional y los problemas emocionales, tomando como base para la intervención la terapia cognitiva conductual, asimilando técnicas y postulados de la Gestalt, la psicoterapia breve, intensa y de urgencia, el modelo psicosocial y otros modelos humanistas. Los pacientes respondieron de manera adecuada al tratamiento, desarrollando una relación terapéutica amena, con participación activa. El blog donde se colocó documentación y tareas para reforzar la psicoeducación fue de provecho para los participantes. Esta herramienta virtual demostró ser funcional dentro de un programa terapéutico para consolidar de mejor manera la información que se suministraba en las sesiones.

- El progreso de los pacientes en el programa fue paulatino, pasando por un proceso de consolidación de la relación terapéutica, la psicoeducación, la intervención cognitivo conductual con asimilación integrativa, la preparación para la terminación de las sesiones y la formación en prevención de recaídas. Todos estos procesos fueron llevados de manera satisfactoria.
- Las puntuaciones de los pre-test, reflejan problemas emocionales relacionados con síntomas de ansiedad, depresión y malestar psicológico general. No así, en el manejo emocional donde mostraron puntuaciones que manifestaban un buen nivel en esta competencia. Al responder los ítems del MSCEIT que planteaba situaciones relacionadas al manejo emocional, los pacientes demostraban conocimiento sobre cómo manejar una situación conflictiva, no obstante, al momento de enfrentarse a la situación en su vida cotidiana manifestaban dificultades para tomar decisiones, manejar sus emociones y expresar una respuesta adecuada para el conflicto experimentado. En función a nuestro marco teórico, podemos interpretar que, las emociones desbordantes en cada uno al momento del conflicto provocaban ciertas irregularidades cognitivas que a su vez causaban deficiencias en la interpretación de la experiencia, imposibilitando el afrontamiento adecuado de una situación estresante. Esto pudo demostrar que, el contexto es determinante para el manejo emocional, pues influye en la práctica de la competencia.
- En el Inventario de Depresión de Beck II, las puntuaciones del pre-test, se ubicaron en un nivel leve limítrofe, lo que nos indica que, los pacientes presentaron un nivel leve casi moderado de síntomas depresivos. Los síntomas manifestados por los pacientes son los siguientes: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de



culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con sí mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los ámbitos de sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio y pérdida del interés sexual. Los pacientes que presentaron un nivel severo de depresión fueron el sujeto 3 y el sujeto 5 ambos del sexo femenino. Los otros sujetos mostraban respuestas que se inclinaban más a síntomas relacionados con la ansiedad, sin embargo, estos también presentaban síntomas depresivos, aunque en un nivel entre leve y moderado. Luego del programa, a través del post-test, se pudo constatar una disminución notable en los síntomas depresivos, llegando a un nivel mínimo de malestar, lo que nos indica el efecto del programa en la disminución de los problemas emocionales relacionados con los síntomas depresivos.

- A través del análisis estadístico vemos que, en el nivel de Ansiedad-Estado, es decir el nivel de ansiedad que los pacientes presentaron al momento de realizar la prueba, fue medio, mientras que en el post-test se pudo observar una disminución después del programa situándose en un nivel de ansiedad-Estado bajo. Por otro lado, vemos que en la ansiedad-Rasgo, los pacientes presentaron una puntuación que refleja un nivel de ansiedad alto en el comportamiento general. Al compararlo con el post-test, vemos una disminución significativa, llegando a un nivel medio de ansiedad en el comportamiento general. Todo esto nos indica que el programa ayudó a disminuir los síntomas de la ansiedad en las respuestas conductuales.
- En los síntomas de malestar psicológico general la muestra presentó un índice de severidad global en el SCL-90-R cerca del nivel de riesgo, lo que nos sugiere que,

antes del programa los pacientes eran más propensos a desarrollar un trastorno psicológico o un problema emocional, aumentando las respuestas disfuncionales potenciadoras de malestar. Luego del programa, se vio una disminución significativa en el índice de severidad global, lo que nos indica la eficacia del programa en la disminución de los síntomas relacionados al malestar psicológico general.

- La disminución de los síntomas manifestados en los problemas emocionales, luego de la aplicación del programa, ayudó al afrontamiento de situaciones conflictivas, lo que ocasiono un bienestar psicológico en cada paciente, mejorando, de cierta forma, las habilidades sociales, la resolución de problemas y la toma de decisiones. Esto nos lleva a aceptar que, el programa para el manejo emocional a través de la terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa disminuyó los problemas emocionales relacionados con la depresión, la ansiedad y el malestar psicológico general en los pacientes atendidos. Ante la disminución significativa de estos síntomas, podemos aceptar las hipótesis de investigación, las cuales manifiestan que, la terapia cognitivo conductual con asimilación integrativa disminuye los problemas relacionados con la depresión, los problemas relacionados con la ansiedad y los síntomas del malestar psicológico general.
- En el manejo emocional, evaluado a través de la prueba MSCEIT, se pudo evidenciar la aptitud de los pacientes para generar estrategias eficaces orientadas a utilizar las emociones, de modo que les faciliten la consecución de las propias metas. El coeficiente en esta dimensión es bueno a nivel general tanto en el pre-test como en el post-test. Esto nos sugiere que, tras el programa de intervención, no existió ninguna mejora significativa en el manejo emocional. Al analizar las puntuaciones de los

pacientes en relación a los problemas emocionales que presentaban en el tratamiento, se pudo observar que, a pesar de manifestar competencia al presentarse las situaciones en el test, a nivel experiencial, es decir al momento en que se presentaba una oportunidad de manifestar esta habilidad, mostraban cierta incapacidad para desenvolverse de la mejor forma, con tendencia a reaccionar de manera inadecuada, reforzando y acrecentando el malestar emocional. Si abordamos los eventos situacionales entre la prueba y la experiencia cotidiana de cada paciente, se puede evidenciar diferencias que son condicionantes de las respuestas inmediatas, influenciando los esquemas de pensamiento preestablecidos para interpretar la realidad en función a factores determinantes. Si tomamos en cuenta el ambiente en que se realizó las pruebas, estaremos frente a un entorno controlado donde cada individuo en el pre-test y pos-test manifiesta un nivel de ansiedad dentro del rango medio bajo, el cual promueve de cierta forma respuestas conductuales asertivas acorde al evento de realizar la prueba que busca medir el manejo emocional. Al momento de abordar de manera particular cada situación en los pacientes dentro de la experiencia terapéutica, vemos distorsiones cognitivas y creencias irracionales que dificultan la adecuada interpretación de la realidad, ocasionando reacciones desesperadas con tendencias agresivas o de evasión, generando así un malestar emocional en el transcurso y concluir del evento. Probablemente, todo esto se ve influenciado por el estímulo conflictivo generador de emociones desbordantes que debilitan el razonamiento para poder afrontar alguna situación. Es decir, el ambiente y los recursos cognitivos del individuo para afrontar situaciones estresantes son determinante para presentar un adecuado manejo emocional. A pesar que no hubo un efecto significativo en el nivel de manejo

emocional, tras el programa, se evidenció en la experiencia cotidiana la aplicación de la competencia del manejo emocional por parte de los pacientes que también manifestaron una disminución en la sintomatología relacionada con los problemas emocionales.

- A la hora de evaluar los resultados de las pruebas, se identificaron ciertos factores que, en su medida, han podido influenciar el desarrollo y asimilación del programa por parte de los sujetos que participaron. Las correlaciones entre el BDI-II, el IDARE, el SCL-90-R y el MSCEIT, la cantidad de sesiones para el desarrollo de ciertas habilidades, la sensibilidad de las pruebas, especialmente en el MSCEIT, y situaciones particulares en las últimas sesiones, específicamente de los sujetos 3 y 4, son algunos factores que intervienen de manera externa en el efecto del programa. Al observar las correlaciones entre las pruebas vemos que, entre el BDI-II, el IDARE y el SCL-90-R existe una buena correlación positiva significativa; a diferencia del MSCEIT en donde las correlaciones que esta prueba tiene con las otras son negativas y van de baja a moderada, lo que nos indica que, las dimensiones que evalúa el MSCEIT tiene una relación de baja a moderada inversamente proporcional con lo que evalúa el BDI-II, el IDARE y el SCL-90-R. También destacamos la sensibilidad al cambio que tiene el BDI-II, el IDARE, y el SCL-90-R, en comparación al MSCEIT, el cual, tiene menor sensibilidad al cambio que las otras pruebas. Las situaciones particulares son otro factor, en donde se vio evidenciada, principalmente en los sujetos 3 y 4, situaciones conflictivas significativas en su experiencia cotidiana influenciando el manejo emocional. Por ultimo las cantidades de sesiones es otra variable que se puede tomar en cuenta como factor determinante. En los protocolos de atención en la TCC se puede

ver tratamientos que van de 12 hasta 15 sesiones, dependiendo de la problemática a tratar, sin embargo, al buscar desarrollar ciertas habilidades sociales se aconseja utilizar mayor cantidad de sesiones.

## RECOMENDACIONES

- La TCC es una herramienta que puede facilitar el abordaje de las estructuras del pensamiento y las manifestaciones afectivas de manera satisfactoria. También puede funcionar como plataforma integradora de técnicas y postulados teóricos, por su naturaleza conciliadora, plasmada en sus principios teóricos. Por ende, sugerimos la utilización de la TCC como un valioso enlace para comenzar a construir conocimiento en función a la integración.
- La terapia cognitiva conductual con asimilación integrativa nos da una ventana para desarrollar nuevas formas de abordar los problemas emocionales. En este estudio vinculamos la TCC con aportes de la Gestalt, la psicoterapia breve, intensa y de urgencias, técnicas psicosociales y otros aportes humanísticos. La utilización del concepto de asimilación integrativa les da un cimiento a las intervenciones frecuentemente utilizadas por los especialistas, enfocando un desarrollo teórico más ordenado en base a un modelo terapéutico concreto, lo que aumenta la complejidad del marco teórico y técnico de la atención. Por esto, es importante frecuentar la especificación del tipo de integración que el especialista utiliza para aclarar la forma y alcance de su intervención.
- Algunos pacientes por el compromiso que presentaban entorno a sus problemas emocionales, además de la dificultad que tenían en cumplir con las sesiones, decidieron retirarse. Los malestares que presentaban estaban muy arraigados a su conducta, por lo que le era muy difícil comprometerse con el grupo de intervenciones preparadas. Es importante tomar la decisión de sugerir al paciente una atención especializada para intervenir en factores más profundos que involucren otras variables

que están fuera del objeto de atención de la psicología, las cuales influyen en las respuestas emocionales. En estos casos con la mera intervención psicológica no podría lograrse resultados satisfactorios.

- El desarrollo de nuevos estudios basados en este tema beneficiará el establecimiento de nuevos enfoques psicoterapéuticos y al crecimiento de los existentes. Es importante que la educación en psicología abra los caminos para la integración, no como un evento teórico-utópico, sino como un campo que puede generar, no solo nuevos paradigmas en la atención clínica, también recursos en constante actualización que, si se toma con la seriedad y objetividad que se merece, pueden llevar a consolidar más a la psicología como ciencia.
- A nivel psicométrico, la elaboración de instrumentos que midan con mayor precisión el manejo emocional se hace necesario. Estos deben estar desarrollarse acorde a todos los factores que se presentan en una situación en conflicto como son: los aspectos sociodemográficos, la cultura y los constructos psicológicos relacionados. También, es importante tomar en cuenta el ambiente en donde el paciente proyecta su respuesta, pues es determinante que el instrumento abarque la complejidad de este concepto. Elaborar una construcción teórica más profunda sobre el manejo emocional puede ayudar a entender y establecer los constructos que funcionarán como indicadores en la medición.
- La relación entre el nivel de manejo emocional y la sintomatología que generan los problemas emocionales sería un tema de investigación recomendado para abarcar con mayor profundidad la existencia o no de un efecto favorable al intervenir con un programa que fomente el desarrollo de las estrategias para el manejo emocional.

- El programa puede ser tomado como base para afectaciones específicas. Hemos visto su eficacia en problemas emocionales como la depresión, la ansiedad y el malestar psicológico general. Con la debida calibración y especificación, en función a los trastornos que se desee abordar, la estructura del programa puede ser de gran provecho.
- Es importante invitar no solo a los teóricos cognitivos conductuales a desarrollar conocimiento sobre la integración. Otros modelos pueden ser, incluso, más enriquecedores con sus aportes, ayudando a la comunidad investigativa.
- La investigación se limita mucho cuando hay muy poco apoyo de los estamentos, organizaciones o agrupaciones que son beneficiadas con estos estudios, por eso recomendamos la flexibilidad, acercamiento, apoyo y compromiso con los investigadores que aportan conocimiento al campo teórico y técnico de la psicología.
- Es necesario que los estamentos de salud visualicen y ejecuten la integración multidisciplinaria en la atención de los pacientes. De manera más específica, que los problemas emocionales no sean atendidos con la pura medicación y el control periódico. Es preciso que, se establezca un protocolo de atención donde los factores psicológicos de las enfermedades se tomen en cuenta y se atiendan, considerando la labor del psicólogo clínico.
- Los programas de prevención de cualquier problemática emocional pueden beneficiar el desenvolvimiento a nivel escolar, laboral, familiar y personal. Es por esto que, recomendamos desarrollar programas dentro de colegios, centros de salud, centros universitarios, organizaciones no gubernamentales, empresas, entre otros grupos asociados a la formación y desarrollo personal del individuo. Este estudio está a disposición para ser tomado como base teórico-práctica de posteriores programas.



- Esta investigación abre la idea de la elaboración de un proyecto más profundo para el manejo de conflictos emocionales en nuestra sociedad. El beneficio que traería un centro público de desarrollo humano en barrios de riesgo social, con los recursos suficientes para desempeñar una labor completa y competente, donde se dé atención preventiva e intervención en conflictos emocionales, puede ser de gran provecho a nivel comunitario, tomando en cuenta las adecuaciones necesarias para su implementación.
- Si se busca replicar este estudio con una población de mayor tamaño, se recomienda tomar en cuenta el nivel intelectual de los sujetos, puesto que, para la ejecución de ciertas técnicas, la comprensión del contenido puede tornarse complicado para personas con bajo nivel intelectual. Si se busca utilizarlo para poblaciones con un nivel intelectual bajo, se sugiere reacondicionar el programa para así brindarle adecuada atención a pacientes con problemas emocionales.

## **BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFÍA

### 1. Libros:

- Álvarez, R. (2007). *Estadística Aplicada a las Ciencias de la Salud*. España: Ediciones Díaz Santos.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnóstico y Estadístico del DSM-V*. Barcelona: Masson.
- Aristóteles, *Retórica*, II, cap. 1, (BK 1378, a. 20).
- Beck, Aaron t. Rush, John, A. Shaw, Brian F. Emery, Gary. (2005). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19ª ed.). Madrid: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Bellak, L. (1986). *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia*. (2ª. ed.). México. Editorial el Manual moderno, S.A. de C.V.
- Bericat, Eduardo (2012). *Emociones*. Sociopedia.isa. Editorial Arrangement.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. España, Editorial Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1997). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. (1ª ed.). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de Trastornos de la Personalidad, Descripción, Evaluación, y Tratamiento*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Canavos, C. (1988). *Probabilidad y Estadística, Aplicaciones y Métodos*. (1ª ed.) México: McGraw-Hill/interamericana de México, S.A. de C.V.
- Contraloría General de la República. (2017). *Panamá en Cifras 2012-2016*. Panamá: INEC.
- De Calvo, Oris Lam & Rodríguez Diana L. (2009). *Fisiología del Hipotálamo*. (1ª. ed.). Panamá.
- Descartes R. (sin fecha). *Les Passions de l'ame*. Chez Henry Le Gras, au troisième Pilier de la grand Salle du Palais, á L couronnée, M. D.C. XLIX. Paris, Francia.
- Ellis, Albert W. D. (1989). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Erickson, E. (1992) *Infancia y Sociedad*. (12ª ed.). Buenos Aires: Ediciones Horme S.A.E.

- Guyton, A.C. & Hall, J.E. (2016). *Tratado de Fisiología Médica*. Barcelona, España: Elsevier, Inc.
- Guillén, Feixas. Miró, Teresa. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. (15ª ed.). Barcelona. Editorial Paidós Ibérica, S.A.
- Goleman, Daniel (2004). *Inteligencia Emocional*. (25ª ed.). Javier Vergara Editor.
- Hernández Sampieri, Roberto et al. *Metodología de la Investigación*. (6ª ed.) McGraw-Hill. México, D.F.
- Heward, W.L. (2007). *Niños Excepcionales, Una Introducción a la Educación Especial* (5ª ed.). Madrid, España: Pearson Education S.A.
- Hume, D. (1985). *Tratado de la Naturaleza Humana*. Madrid, Orbis, II, p. III, 3. Cfr. sobre este autor: CLÉRO, J.P., *La philosophie des passions chez Hume*, Paris, Klincksieck.
- Kant, I. (1991). *Antropología en Sentido Pragmático*, versión española de J. Gaos, Madrid, Alianza Editorial, Primera Parte, Libros 2º.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y Personalidad*. (3ª ed.). Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Maslow, A. (1972). *El Hombre Autorealizado, hacia una Psicología del Ser*. (1ª ed.) Numancia, España: Editorial Kairós.
- Mayover J. D., Salovey P. & Caruso D. (2016). *Manual del Test de Inteligencia Emocional Mayover-Salovey-Caruso*. (2ª ed.) Madrid: TEA: Ediciones.
- Montanero J. & Minuesa C. (2018). *Estadística Básica para Ciencias de la Salud*. (1ª ed.) Cáceres, España: Universidad de Extremadura. Servicio de Publicaciones.
- Muñoz, Ricardo, Aguilar, Sergio, Guzmán, John. (1995). *Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo Conductual*. (1ª ed.). RAND.
- Norcross, John C. Goldfried, Marvin R. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*. Estados Unidos: Oxford University Press, Inc.
- Lather, J. (1999). *Fundamentos de la Gestalt*. (2ª ed.) Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- LeDoux, Joseph. (1999). *El Cerebro Emocional*. Buenos Aires: Grupo Editorial Planteta.
- Opazo, Roberto (2001). *Psicoterapia Integrativa Delimitación Clínica*. (1ª ed.). Santiago de Chile. Ediciones ICPSI.
- Perls F.S. (1975) *Yo, Hambre y Agresión*. (1ª ed.). Fondo de Cultura Económica Av. de la

- Universidad, 975; México 12, D. F.
- Pinel, John P. J. . (2007). *Biopsicología*. Madrid : Pearson Educación S.A.
- Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. Madrid: Mcgraw-Hill/Interamericana De España, S.A. U.
- Reeve, J. (2010). *Motivación y Emoción*. (5<sup>ta</sup> ed.). Mexico D.F.: McGraw-Hill.
- Purves, Dale et al. (2004). *Neuroscience*. Sunderland, USA: Sinauer Associates, Inc.
- Siney, S. & Blasberg P. (2003). *Gestalt para Principiantes*. (1<sup>a</sup> ed.). Buenos Aires: Era Naciente.
- Spinoza, B. *Ética, Demostrada según el Orden Geométrico*. Madrid. Ediciones Orbis S.A., 1<sup>a</sup> ed., 1980.
- Tortora, G. J. & Derrickson, B. (2006). *Principios de Anatomía y Fisiología*. 2006. México DF, México: Editorial Médica Panamericana, S.A. de C.V.

## 2. Tesis y Artículos:

- Andrea, F. *Las Teorías de las Emociones y su Relación con la Cognición: Un Análisis desde la Filosofía de la Mente*. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy, núm. 49, 2016, pp. 13-38 Universidad Nacional de Jujuy. San Salvador de Jujuy, Argentina.
- Badia, G. (2015). Valoración de la Inteligencia Emocional en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Lleida: Universitat de Lleida.
- Bordignon, N. (2005). *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto*. (vol. 2, No. 2). Revista Lasallista de Investigación, Colombia, Antiquia.
- Chóliz, Mariano (2005). *Psicología de la Emoción: El Proceso Emocional*. [www.uv.es/~cholz](http://www.uv.es/~cholz)
- Di-Colloredo, Carlos; Aparicio Cruz, Diana Paola; Moreno, Jaime. *Descripción de los Estilos De Afrontamiento en Hombres y Mujeres ante La Situación de Desplazamiento*. Psychologia. Avances De La Disciplina, Vol. 1, Núm. 2, Julio-Diciembre, 2007, Pp. 125-156 Universidad De San Buenaventura Bogotá, Colombia.
- Fernández, Héctor & Fernández, Javier (2017). *Terapia Cognitivo Conductual Integrativa*. (vol. 22) Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Buenos Aires, Argentina.
- Guillén, Veronica. Botella, Cristina, Baños, Rosa. (2016.2017). *Psicología Clínica*

- Positiva y Tecnologías.* (vol. 38). pp. 19-25.
- Hernández J. (2016). *Problemas Emocionales y Conductuales en una Muestra de Adolescentes de la Ciudad de Toluca.* Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa. (2010). *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa.* (Vol. II). Santiago de Chile. Ediciones ICPSI.
- James, William. (1884). *What is an Emotion?*. Oxford University Press on behalf of the Mind Association, 9, pp. 188-205. 27 de junio de 2018, De URL: <http://www.jstor.org/stable/2246769> Base de datos.
- James, William, Lange Georg. (1922). *The Emotions.* Baltimore, Md., USA: Williams & Wilkins Company.
- Ministerio de Salud de Panamá. (2016). *Perfil de Salud de la República de Panamá.* Dirección de Planificación Nacional. Panamá, República de Panamá.
- Mosqueda, A., González, J., Dahrbaun N., Jofré, P., Caro, A., Campusano, E. & Escobar, M. (2016). *Malestar Psicológico en Estudiantes Universitarios: Una Mirada desde el Modelo de Promoción de la Salud.* SANUS, Universidad de Sonora, vol. 1, 10.
- Patrick M. Reilly, M. S. (2002). *Programa para El Manejo Del Enojo en Clientes con Problemas de Abuso de Sustancias y Trastornos de Salud Mental.* U.S. Department of health and human services, pp. 4-55.
- Riaño, M. (2010). *Modificación de la Intensidad de las Respuestas Emocionales en Pacientes con Diagnóstico de Cáncer, a través de la TCC y de Técnicas Conductuales Dirigidas al cambio en la Relación Terapéutica.* Pontificia Universidad Javeriana. Bogota D.C.
- Rodríguez, U., Amaya, A. & Argota, A.. (2011). *Inteligencia emocional y ansiedad en estudiantes universitarios.* Colombia: Universidad del Magdalena.
- Selles, Juan F. (2010). *Los Filósofos y los Sentimientos.* Cuadernos de Anuario Filosófico, Departamento de Filosofía, Universidad de Navarra: Pamplona (España).
- Smith, Craig & Lazarus Richard. (1990). *Emotion and Adaptation. Handbook of Personality: Theory and Research.* (1ª ed.). pp. 609-637.
- Treviño J. & Rodríguez J. (2012). *El Proceso de la Psicoterapia Combinando Dos Modelos: Centrado en Soluciones y Cognitivo Conductual.* (vol. 15). Revista Psicologica Itzacala. Universidad Autonoma de México.
- Valverde R. (2013) *Situación de Salud de Panamá.* Ministerio de Salud, Dirección General

de Planificación, Panamá, República de Panamá.

### **3. Páginas de Internet:**

<http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/ElSentidoDeLasMetodologiasdeIntervencionPsicosocial.pdf>

<http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/CajadeHerramientas.pdf>

[http://www.ronaldowright.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=101:humanismo-y-psicologia-social&catid=38:psicologia-social&Itemid=69](http://www.ronaldowright.com/index.php?option=com_content&view=article&id=101:humanismo-y-psicologia-social&catid=38:psicologia-social&Itemid=69)

<https://www.psicoactiva.com/blog/los-4-tipos-temperamento-humano/>

<https://juanherrera.files.wordpress.com/2009/09/capitulo-8-modelos-de-intervencion-ent.pdf>

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/76937.pdf>

<http://files.sld.cu/arteydiscapacidad/files/2009/07/manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales.pdf>

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num3/Vol15No3Art14.pdf>

<http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/623/62309913/Acerca+de+las+tecnolog%EDas+psicol%F3gicas/2>

<http://postgrado.una.edu.ve/disenho/paginas/cabero3.pdf>

<https://www.rizaldos.com/2017/04/16/estrategias-regulacion-emocional-eficaces/>

<https://www.psicoactiva.com/blog/sistema-nervioso-autonomo-simatico-parasimpatico/>

<http://articulos.grupoact.com.ar/la-integracion-en-psicoterapia/>

<https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

<https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/beck-terapia-cognitiva-de-los-trastornos-de-personalidad.pdf>

<https://psicologaiymente.com/clinica/teoria-cannon-bard>

## **ANEXOS**



## Anexo 1: Contrato Terapéutico

### Contrato Terapéutico

Yo *Otniel A. Vásquez*, con cédula de identidad personal 8-826-2150 y con número de idoneidad profesional 4475, en calidad de asesor terapéutico me comprometo a:

1. Ofrecer mis servicios durante las sesiones recomendadas para realizar un diagnóstico preciso de la situación psicológica actual del paciente.
2. Aplicar todas las pruebas necesarias para asistir al paciente en el entendimiento de la problemática que le aqueja.
3. A ser puntual y a cumplir con las citas programadas por las dos partes que conviene el presente contrato.
4. A guardar todas las normas de confidencialidad que la profesión de asistencia psicológica conlleva y exige.
5. A brindar soporte y asistencia, pero a respetar totalmente la libertad final de elección del paciente.

Por otra parte, yo, \_\_\_\_\_ con cédula de identidad \_\_\_\_\_ me comprometo a:

1. Asistir puntualmente a las sesiones programadas junto al terapeuta. De ser necesario faltar a las mismas, avisaré con al menos 24 horas de anticipación y acepto mi exclusión del grupo de terapia si faltó a más de tres sesiones.
2. Realizar todas las baterías psicológicas necesarias para apoyarme en mi programa de evaluación.
3. A representar un rol activo en mí proceso terapéutico.
4. A guardar la confidencialidad del trabajo terapéutico y las experiencias de los miembros del grupo.
5. A cumplir con los requerimientos que mi psicólogo me asigne, como parte del proceso terapéutico.

Dado en la ciudad de Panamá a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2018.}

\_\_\_\_\_  
Psicólogo  
Otniel A. Vásquez

\_\_\_\_\_  
Paciente

## **Anexo 2: Consentimiento Informado**

### **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UN ESTUDIO SOBRE EL MANEJO EMOCIONAL A TRAVÉS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL CON ASIMILACIÓN INTEGRATIVA**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL: PSIC. OTNIEL VÁSQUEZ**

#### **Introducción**

Soy el Psicólogo Otniel Vásquez, trabajo para una investigación de maestría en la Universidad de Panamá. Estamos investigando sobre el manejo emocional en adultos con problemas afectivos y el efecto que tiene una intervención cognitivo conductual con asimilación integrativa en ellos. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me comenta según le informo para darme tiempo a explicarle.

#### **Propósito**

El estudio de las emociones y sus implicaciones en el entorno social ha sido objeto de investigación para muchos, dentro de las ciencias sociales y la salud mental. El manejo de las emociones a nivel sociocultural ha tenido gran influencia no solo en el área personal, también a nivel organizacional, en el entorno de las empresas, organizaciones políticas y gubernamentales, ejerciendo un potencial relativamente oculto en la toma de decisiones y la estructuración social. Este estudio busca fomentar habilidades interpersonales en las personas con dificultades afectivas que les ayude a afrontar los conflictos emocionales facilitando la toma de decisiones en situaciones determinadas.

#### **Información sobre la investigación**

- Estamos invitando a todos los adultos con edades entre 18 a 55 años con problemas emocionales, que sepan utilizar Smartphone e internet y deseen participar.
- Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

- El proceso de intervención consiste en 12 sesiones en donde las primeras 2 sesiones se realizará la entrevista y la evaluación y luego se procederá a 10 sesiones de intervención. Dentro de la intervención se estructura componentes como la psicoeducación, el entrenamiento en las emociones, entrenamiento en las habilidades sociales, terapia cognitiva conductual, terapia de relajación, terapia racional emotiva conductual y técnicas psicosociales.
- La duración del programa consta de 2 meses aproximadamente, desde el jueves 5 de julio de junio hasta el 6 de septiembre.
- El beneficio para usted será una atención psicológica gratuita y profesional.
- Toda la información que usted brinde en las sesiones tendrá un sentido de confidencialidad, lo que significa que ningún dato personal será presentado al público.
- Los resultados de la investigación antes de ser presentada al público serán presentados a usted.
- Tiene derecho a negarse a participar o retirarse del programa de intervención psicológica.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente ser parte en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante\_\_\_\_\_

Firma del Participante\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Día/mes/año

### Anexo 3: Blog de atención

